التنويم الإيحائي

(المغناطيسي)



وأثره العلاجي في الاضطرابات النفسية التحولية

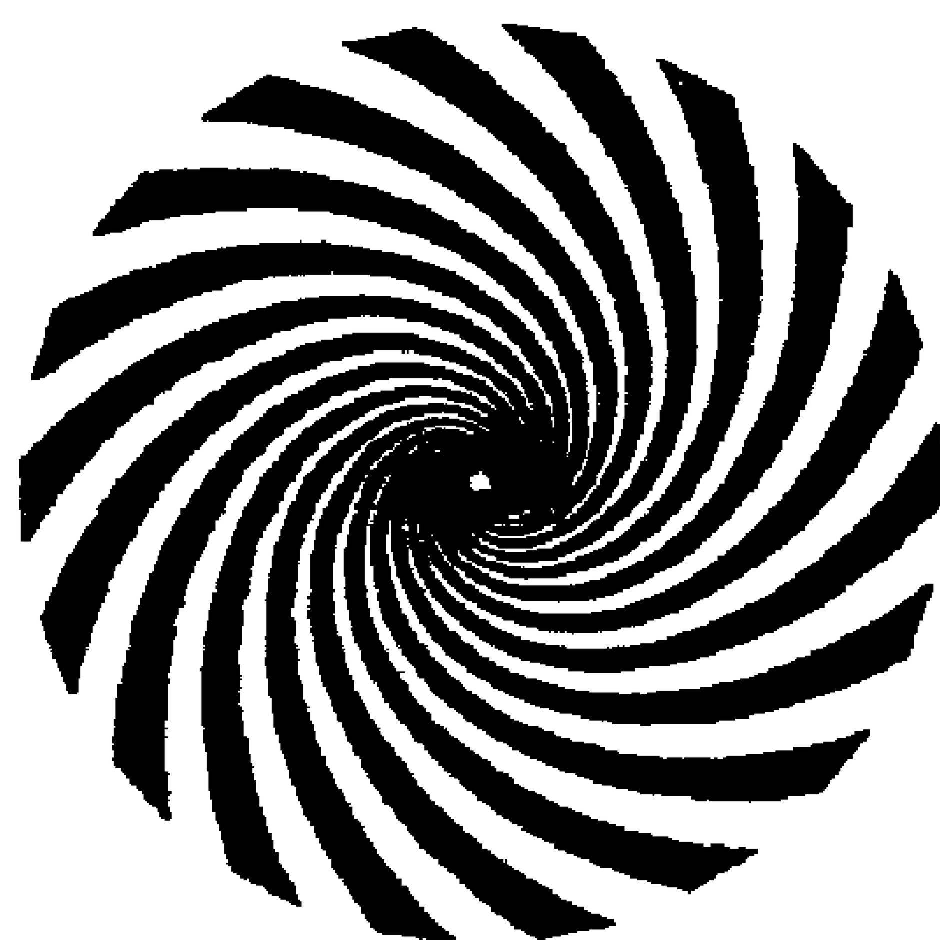
الدكتور
عبد الحافظ سيف غانم الخامري

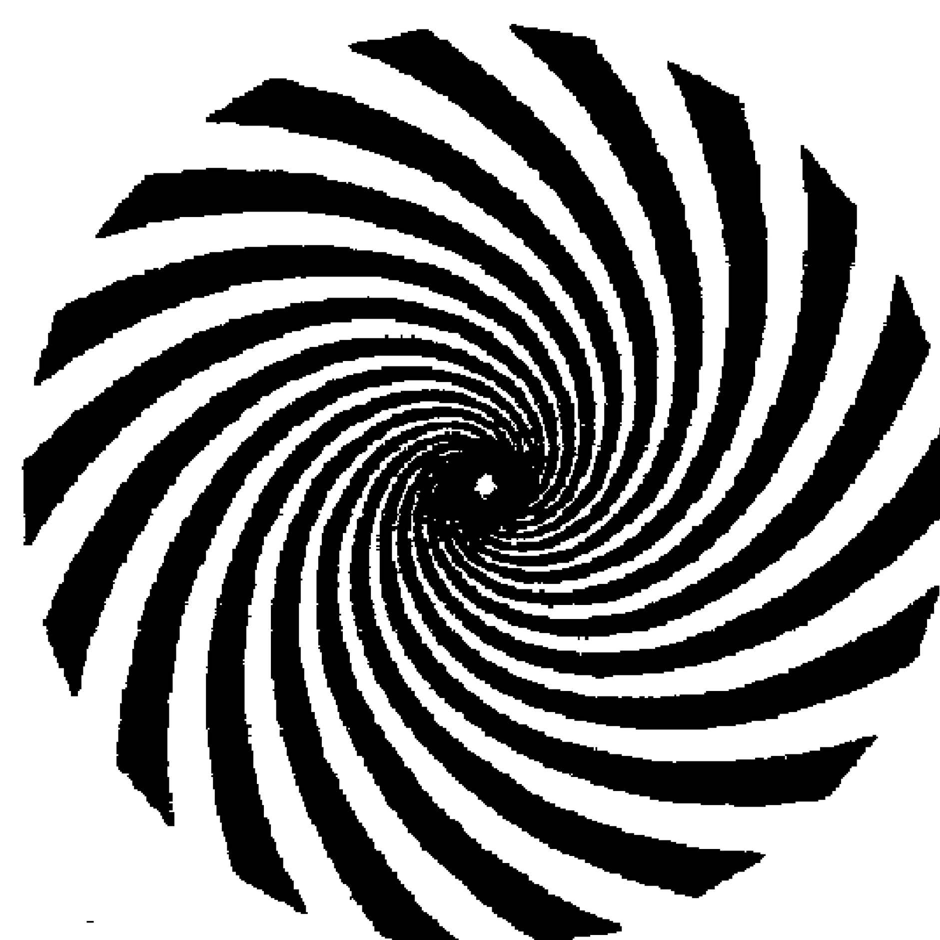
الأستاذ المساعد بقسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة صنعاء

مكتبة الآفاق للنشر والتوزيع

التنويم الإيحائي (المغناطيسي)

وأثره العلاجي في الاضطرابات النفسية التحولية





الدكتـــــور

عبد الحافظ سيف غانم الخامري

الأستاذ المساعد بقسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة صنعاء

مكتبة الآفاق للنشر والتوزيع

بسم الله الرحمن الرحيم

الإهداء

إلى كل من طلب العلم وعمل بما علم

إلى كل من اتخذ من العلم طريقا للإيمان

ومن التواضع طريقا للمعرفة

وكل من مسح دمعة وفرج كربة

ورأى نجاحه في نجاح الآخرين

أهدي هذا الجهد المتواضع

د/ عبد الحافظ

تقديم للكتاب
Preface

بقلم الدكتور/ عبده علي الجسماني.



هذا الكتاب لم يكتبه مؤلفه الدكتور/ عبد الحافظ سيف غانم مرشد الخامري، متكئاً إلى كرسي وثير، بل إنه كتاب جاء في هيئته التي هو عليها الآن كثمرة لبحث علمي مُضْنٍ امتد أمده إلى أربعة أعوام ونيف.

فهذا الجهد العلمي يمتاز بفضائل شتى، إذ جمع فيه الدكتور عبد الحافظ خصائص لعل أبرزها:

1- تحري مشكلة للبحث تتواءم وحجم الدرجة العلمية التي سعى إليها مجتهداً الدكتور عبد الحافظ الخامري، وأعني بها درجة الدكتوراه.

2- راح الباحث يمحّص النظريات العلمية التي تبصره بما يرمي إليه ويتوخاه فكوّن منها إطاراً نظرياً لبحثه هذا.

3- اجتهد جادا في تحرّي ما استكتب هناك، وما أجري من دراسات سبق أن قام بها باحثون قبله في الميدان نفسه ؛ ليتحقق من أمر بحثه على هدى وبصيرة، فاتخذ من ذلك عوناً له وذخيرة.

4- اتخذ لبحثه التطبيقي عينةً من الناس تجريبية، قوامها ممن تستدعي حالاتهم النفسية مد يد العون لتخليصهم مما أصابهم، أو التخفيف منها في الأقل.

لذا جاء البحث الذي يكوّن ملامح هذا الكتاب، جامعا بين التنظير والتطبيق، مما يذكرني برأي الإمام أبي حامد الغزالي حين قال: "إن العلم بلا عمل لا يكون، وإن العمل بلا علم جنون ". والمقصد جد واضح، فما فائدة علم لا ينتفع به ؟! وما جدوى عمل لا ترسى أسسه على حصيلة من العلم رصينة ؟!

العنوان الأصلي الذي اقتضته مستلزمات البحث كان: **أثر العلاج بـالتنويم الإيحائي في الاضطرابات التحولية**، لكني اقترحت أن يحور العنوان.

وذلك لأن عنوان الكتاب يجدر أن يكون علامة أدعى إلى خواطر قارئه، فلا يوحي وكأنه بحث إجرائي لغاية محدودة، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى، أن إضافة (النفس) لعنوان الكتاب لاسترعاء انتباه القارئ إلى أن هذا الكتاب هو أصلا في **التنويم الإيحائي** الذي يعد من مبتكرات على النفس عبر التواريخ، ولكن الاجتهادات في التسميات والاختلافات وفي المماحكات تباينت، بيد أنها لم تغير من جوهر الموضوع شيئاً.

في مساره التاريخي يرجع التنويم المغناطيسي إلى تاريخ سحيق، ولا حاجة بإدخال الملل إلى نفس القارئ بالسرد للتاريخ، ولكن من حيث بداياته العلمية يعزى إلى "فرانز أنتون مسمر" (1733-1815م)، كان مسمر أول من استخدام هذا الضرب الفني من العلاج في أوربا لاشك.

لكن الإنصاف يستدعي أن نشير إلى أن العلماء العرب والمسلمون استخدموا العلاج النفسي الإيحائي قبل "مسمر" بحوالي سبعة قرون، والقصص العلمية على ذلك كثيرة.

فالعلماء العرب والمسلمون، ومنهم الفارابي، وعلي ابن يعقوب، وابن سيناء، مثلا، كانوا يرون -وهم في آرائهم محقون - أن النفس عصية على الوصول إليها بشكل مادي، لأنها (جوهر) - أي ليست جسماً- وهذا يستوجب الوصول إلى فهمها وعلاجها بما يتلاءم وحقيقة تكوينها.

ومن سبل علاجها في حالات أمراضها المستعصية :

العلاج بالإيحاء:

أي عن طريق التنويم، وكانوا يعتقدون أن العلاج النفسي بالإيحاء يجب أن يرتكز إلى إيقاظ القوة وإحياء قوة الإرادة لدى المريض نفسيا حين تتمنع نفسه على الشفاء، بواسطة السبل العلاجية الأخرى، وما أكثرها الآن، وكثير منها كانت مألوفة آنذاك.

فما هو هذا التنويم المغناطيسي أو الإيحائي؟

ليس ثمة تعريف محدد واحد، والسبب لتعدد الآراء بشأنه وبشأن طبيعته، ذلك لأن التنويم هذا يكون شبيها بالنوم، مع فارق واحد مهم ذلك هو أن الإنسان- في حالة عافيته- ينام بملء إرادته وبحكم رغبته، ليتخفف من متاعب يومه، الجسمية منها والعقلية. أما في حالة التنويم الإيحائي فإن الفرد يتم تنويمه بالإيحاء من جانب المنوم، لإغراض كثيرة.

فالتنويم المغناطيسي أو الإيحائي ظاهرة يتحول فيها المنوم إلى أب، أو معالج، تماماً كما يفعل الأب أو الطبيب أو الآمر الذي يريد للشخص خيراً.

وقد تكون نغمة المنوم أقرب إلى نغمة الأم؛ للشبه بين طريقة الأم التي تربت على جبين ابنها وما يرافق هذا التربيت من تنعيم للصوت، وبين طريقة المنوم في إشاعة الراحة والطمأنينة في حنايا الشخص المنوم وفي سائر أقطار نفسه.

كل علم يحظى بالتأييد وبمحاولة التحييد، وهذا أمر في سائر سنن الحياة، وكل طريقة علمية لا يمكن أن تكون بمنجاة من الاعتراضات عليها، كذلك هو التنويم المغناطيسي كطريقة علاجية، يبحر فيها النائم غبر ماضيه البعيد في حياته ليستذكر المنغصات المنسية التي كدرت عليه صفو الحياة، وهو أحد أغراضه وليس كلها.

تعرضت طريقة التنويم المغناطيسي لكثير من التشكيك وأثير حولها كثير من الجدل حتى غدت علماً قائماً بذاته، وتعد الآن من الوسائل التي يتم اللجوء إليها في حالات تتعذر على طرائق العلاج النفسي الأخرى.

وإن من يقرأ هذا الكتاب سيتبين له أن الدكتور الخامري قد توصل بالتطبيق العملي إلى إحداث (بكسر الهمزة) التنويم والى شفاء معظم الحالات، وهذا مما يبرر له اختياره الموضوع ومما يدعم جهده العلمي المثمر هذا.

يتضمن عنوان الكتاب هذا تعبيراً نفسيا آخر هو: مصطلح **(الاضطرابات التحولية)**، فالاضطرابات معروفة لغة واصطلاحاً، لكن "**التحولية**" اصطلاح نفسي يُقصد به نوع من الأنواع التي تتبعها الذات البشرية لتعبر عن نفسها وانفعالاتها بطرائق ملتوية، ولكنها مؤثرة على أداء الفرد وكفاءته وحياته.

فالتحول –في هذه الحالة – عملية دفاعية تعبر لدى الفرد عن الصراعات الانفعالية تعبيراً يبدو واضحا للعيان من خلال العمليات الحركية أو الحسية أو الجسمية، أو بواسطة هذه كلها، والأمثلة التي تذكرها أدبيات التحليل النفسي كثيرة لا تعد، من ذلك مثلا : أن الطالب الذي يخاف من الرسوب في الامتحان، يصاب صبيحة الامتحان بالعمى، فيؤدي به عجز العمى هذا إلى الهرب من موقف الامتحان الذي أخافه، فهو بذلك يتخلص من تهديد "الأنا" له إذا عبّر عن رغبته بشكل مكشوف في الهرب من الامتحان، ثم إنه يجد في مرضه التحولي هذا ملاذا يكسبه عطف الآخرين عليه، فيغطي على خوفه الهروبي.

ما أحرانا أن نكون ملمين بحقيقة أن العقل ليس قويا كالجسم، وأن النفس أشد شفافية من النسيم الذي تتنسمه، من ذا الذي يزعم اليوم تبويب مشكلات الحياة وتحديدها بغية حماية الإنسان منها؟

كان القرن السابع عشر قد نُعت بعصر النور، ووصف القرن الثامن عشر بقرن التطور، وسمي القرن التاسع عشر بعصر العلم والمخترعات، ووصم القرن العشرون بعصر القلق، فماذا نستطيع أن نسيم الألف الثالثة هذه ونحن لما نزال على أولى عتبات الألفية الثالثة الجديدة هذه؟ هل ستحمينا مستجدات العلوم النفسية من مغبة نفوسنا؟

هذه وغيرها أسئلة يجب أن لا تبارح مخيلاتنا، غير أن هذا لا ينبغي أن يدخل اليأس على النفوس طالما وهب الله الإنسان عقلا مفكراً، وإن النفس العامرة بالإيمان بالله قلَّما يتسرب إليها ما يجعلها غير مطمئنة.

فهذا الكتاب جاء بصيغته التي هو عليها، يمثل ثمرة دراسة متأنية قوامها الصبر والجد والمثابرة من لدن الدكتور عبد الحافظ الخامري، وسيجد القارئ كيف كان خلال التجريب يقوم بالجلسات مع الأشخاص، وكيفيتها وعددها، ومما لا يتأتى إلا لمن وهب نفسه لتقصي حقائق المعرفة العلمية بإخلاص وأناة.

وتعود معرفتي بالدكتور عبد الحافظ إلى الأسبوع الأول من نهاية عام 1992م عندما وصلت لأول مرة أرض اليمن الأشم ليكون لي شرف التدريس في قسم علم النفس بكلية الآداب في جامعة صنعاء، إذ التقيت به وعرفني بنفسه بأنه عبد الحافظ وهو يزمع السفر إلى بغداد لدراسة الماجستير والدكتوراه في جامعاتها، وقد تحقق له ما أراد .

فسرعان ما ذهب إلى هناك وبقيت صلاتنا من خلال مجيئه إلى اليمن، وعبر مراسلاتنا أحيانا وفاء منه واعتزازاً به مني.

فأما الاعتزاز به من جانبي ، فلتواضعه فهو الآن يخاطبني بأنني أستاذه، وما هذا إلا لنبل في نفسه، وأني من جانبي لا أراني إلا زميلا له، وهو لي نعم الأخ ونعم الزميل.

ومن دواعي اعتزازي به أيضا، إلى جانب تواضعه من لدن شاب في مثل سنه، هو ما ألحظه فيه من هدوء في الطبع والحركات، وأكثر من ذلك ما يتجلى به من رجاحة في العقل وسماحة في الخلق، وهذه كلها خلال تشفع للدكتور عبد الحافظ أن يكون له في مجال العلم مستقبل مرموق.

وكتاب الدكتور عبد الحافظ، وأحسبه كتابا فريداً في ميدانه الحديث، لأنه يجمع بين النظرية والتطبيق، وإن العلاج بالتنويم الإيحائي أو المغناطيسي، بقسميه العام والخاص،

وبنوعيه الإجرائي والمعنوي، كاد أن يُهمل رغم أهميته العلاجية ورغم فعاليته العلمية، ذلك لأن الإيحاء يؤثر تأثيراً نافذا في العقل اللاشعوري لدى الإنسان، فإلى جانب ضروب العلاج النفسي الأخرى يستهدف العلاج الإيحائي انتزاع معالم الذعر العصبي والوساوس الخرقاء من أعماق اللاوعي، وغرس الثقة بالنفس بدلا منها.

أبارك لأخي الدكتور عبد الحافظ أولى بواكير جهده العلمي منشورة في شكل كتاب، وأراه سيكون كتابا مشوقاً، للطالب الذي ينشد:

1- طريقة البحث العلمي الرصين.

2- المعرفة العلمية في علم النفس.

3- تحري حقائق العلاج بواسطة التنويم المغناطيسي ضمن الحدود المعقولة والمقبولة.

ليس هذا وحسب، بل انه كتاب سيجد فيه القارئ العام متعة حقة، وسينتفع منه بلاريب، فهو كتاب للطالب المتخصص في علم النفس والطب النفسي وللشخص الذي يروم الاطلاع على مرامي هذا الفرع من فروع الثقافة النفسية العلمية.

وبعد، فإن العلم حُجَة على من يتولاه، وان الانتفاع به حُجَة لمن يأخذ به ويتبنّاه، وطوبى لمن انكب عليه وتقصاه.

وبالله – سبحانه – نستهدي، فما ضيّع عمل عامل، ولا خيب أمل آمل.

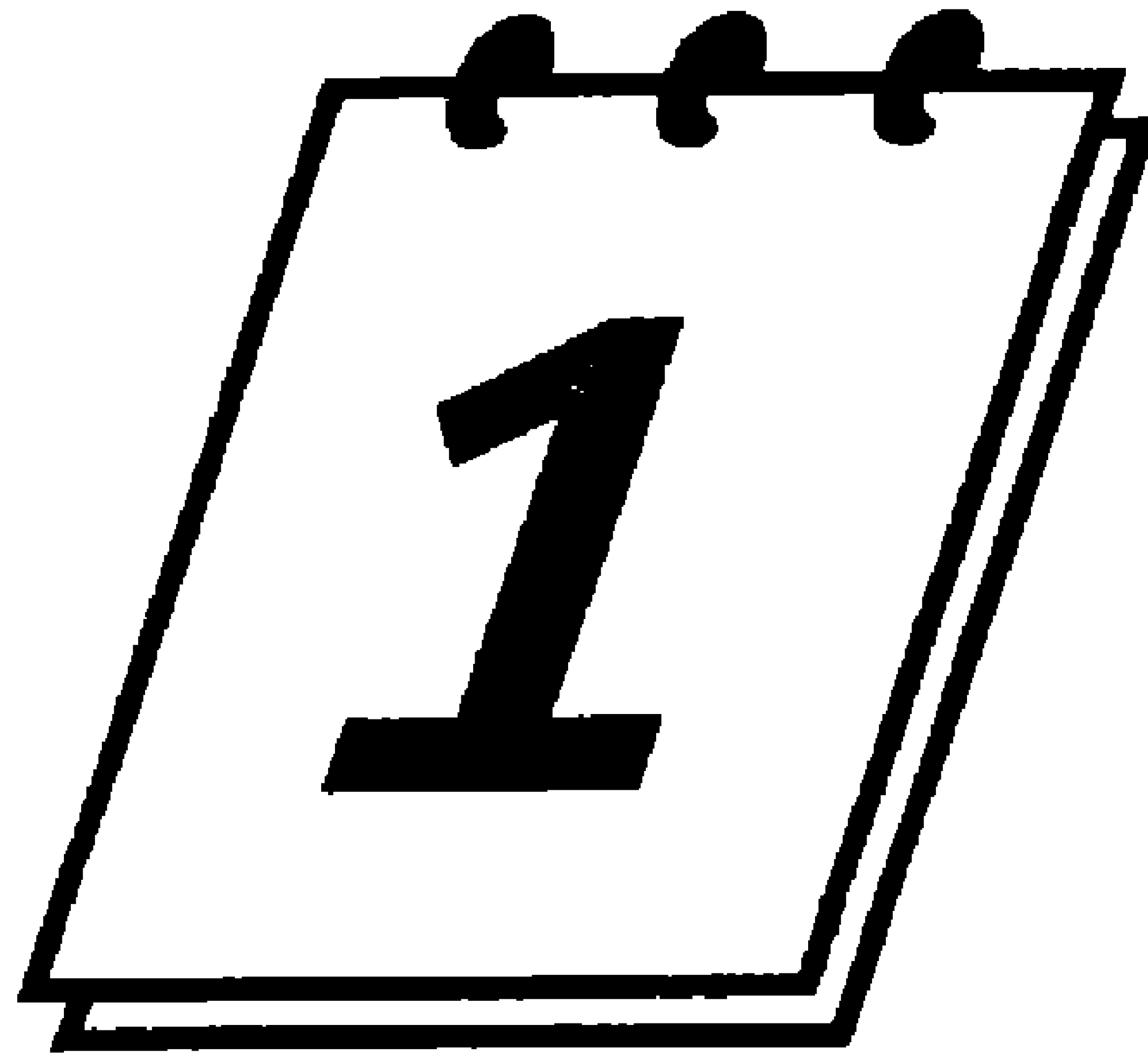
د/ عبده علي الجسماني

قسم علم النفس كلية الآداب

جامعة صنعاء

نيسان إبريل 2000م

المقدمة
Preface



بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله كما يحبه ويرضاه، والصلاةُ والسلامُ على حبيبه محمد وعلى آله وصحبِه ومن والاه.

إذا كان الإنسان يحاول دائماً أن يقدم أفضل ما لديه لمن يعزه، فليس هناك شيء بيد الباحث العلمي يقدمه لأخيه الإنسان (المعالج النفسي، الطبيب، المرشد، الباحث، طالب الدراسات العليا والأولية، الأستاذ الجامعي، المعلم، المربي، المثقف ... الخ) أفضل من ثمرة جهد قضى ردحا من عمره في الاطلاع على ما كتب فيه هنا وهناك، قديماً وحديثاً، وترجمة ما كتب فيه بلغات أجنبية فيه إلى العربية، واستخلاص تجاربه واكتساب خبراته عملياً لمدة عشر سنوات، يتُوِّجُه بأول أطروحة دكتوراه في العلاج النفسي بالتنويم الإيحائي تتم مناقشتها وإقرارها في الوطن العربي.

وقد حرص المؤلف على تقديم هذه الخلاصة العلمية للقارئ العزيز بشكل كتاب لأسباب عدة أهمها:

1- استجابة لتوجيه الأساتذة رئيس وأعضاء لجنة مناقشة أطروحة الدكتوراه بطباعتها ونشرها ككتاب للفائدة المتوخاة منها من جهة، وتزايد طلبها من المعالجين والباحثين والمثقفين من جهة أخرى.

2- جدة موضوعه لاسيما وهو يعالج موضوعين مثيرين للجدل هما التنويم الإيحائي والاضطرابات التحولية.

3- إمكانية استفادة الباحثين وطلبة الدراسات العليا من منهجية البحث المتبعة، والمعالجين من أسلوب العلاج المتبع، والمثقفين مما ورد فيه من إطار نظري ودراسات حديثة في الموضوعين.

4- إمكان أن يكون مرجعاً لمن يدرس ويدرّس التنويم الإيحائي والاضطرابات التحولية.

5- أنه يقدم أحدث أساليب العلاج النفسي باللغة العربية وهو البرامج العلاجية، إذ يحتوي على برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي بشكل مفصل وبخطوات منظمة.

ففي الفصل الأول الإطار العام للبحث تلخصت مشكلة البحث في التحسس بحجم ونسبة الاضطرابات التحولية، وما تسببه من آثار سلبية على الفرد والمجتمع، من خلال الدراسات والأدبيات السابقة، ووجود مشكلة أسلوب التشخيص والعلاج النفسي الأمثل لها الذي يتميز بالشمولية والعمق والسرعة، ويتضمن إمكانية تدريب المريض على التخلص منها آنياً والوقاية منها مستقبلاً.

وتلخصت أهمية البحث بمحاولة علمية جادة لوضع جهد علمي جديد في المكتبة العربية أولاً، ولتقديم إحدى خدمات علم النفس التطبيقية في الجانب العلاجي في الوطن العربي ثانياً. من خلال إيجاد وتطبيق أسلوب علاج نفسي بالتنويم الإيحائي يتميز بالآتي:

1- الشمولية في التشخيص والعلاج والوقاية.

2- التعمق في استكناه الجذور اللاشعورية لهذه الاضطرابات.

3- قلة الكلف المالية والمستلزمات العلاجية.

4- فهم الأعراض وتبصير المضطرب بها .

5- إمكانية التدريب للتخلص من الأعراض.

6- السرعة والحسم في علاج الاضطرابات التحولية.

7- الإجراءات الوقائية لضمان التغلب على الاضطرابات مستقبلياً فضلاً عن التحرر منها آنياً.

واستهدف البحث:

1 ـ إعداد وبناء الأدوات وهي:

أ- برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي.

ب- مقياس الاضطرابات التحولية.

ج- مقياس شدة المعاناة.

د- مقياس تقدير التحسن.

2 – معرفة نسب توزيع نوع الاضطرابات التحولية لدى عينة البحث عامة وعلى وفق متغير الجنس.

3 ـ معرفة أثر برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي في الاضطرابات التحولية من خلال اختبار خمس فرضيات صفرية.

وفي الفصل الثاني الإطار النظري: عرض الباحث الأدبيات التي تناولت متغيري البحث على نحو شامل ومفصل، ثم عرض أربعَ نظريات تناولت الاضطرابات التحولية وهي التحليل النفسي، السلوكية، المعرفية، الفسلجية، وثمانيَ نظريات تناولت التنويم الإيحائي وهي نظريات بافلوف Pavlove، باربر Barber، هيلجارد Hilgard، إريكسون Erikson، ساربين Sarbin، وسوتكليف Sutcliffe، وأورني Orne، ولندن-فهرر London-Fuhrer.

أما في الفصل الثالث دراسات سابقة: فقد ذكر فيه مدخلاً للدراسات السابقة، ثم عرض (88) دراسة علمية حديثة أغلبها في الأعوام 1999/98/97/96. منها (21) دراسة تناولت الاضطرابات التحولية، و(50) دراسةً تناولت التنويم الإيحائي، و(17) دراسة تناولت علاقة التنويم الإيحائي بالاضطرابات التحولية. وأُختُتم بمناقشة الدراسات السابقة من حيث: الهدفُ، والأداةُ، والعينةُ، والوسائلُ الإحصائيةِ، والنتائجُ.

وفي الفصل الرابع منهجية البحث وإجراءاته: عرض التصميم التجريبي للبحث المسمى بـ : تصميم المجموعة الواحدة ذات الاختبار القبلي والاختبار البعدي One

Post test Design–group Pre ومقارنة الفروق بين الاختبار القبلي والاختبـــار البعـدي لمعرفة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع.

ثم عرضت فيه خطواتُ بناءِ أدواتِ البحثِ

وفي الفصل الخامس عرض النتائج ومناقشتها: وهي كما يأتي:

تم بناءُ برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي الذي يتكون من ست جلسات علاجيـــة لمـدة ثلاثة أسابيع، بواقع جلستين في الأسبوع، مدة كل جلسة 45 دقيقة. وإعداد مقيـــاس شـدة المعاناة المرضية، ومقياس التقدير الذاتي للتحسن.

وكانت نتائج العلاج بالتنويم الإيحائي كما يأتي:

احتل الصداع المرتبة الأولى، وجاء اضطراب قلة الشهية للطعام في المرتبة الأخـيرة من بين أعراض العينة ككل. في حين احتلت الارتجافات والاختلاجات المرتبـــة الأولـى لدى الذكور، وجاء الصداع، واضطرابات النوم، وصعوبة التركـيز والاسـتقرار، والآلام الجسمية، والإغماء والدوار، والخمول والإنهاك، في المرتبة الأخيرة. وعند الإناث جـــاء الصداع بالمرتبة الأولى. وفي المرتبة الأخيرة جاء اضطرابا قلة الشهية للطعام، والخمـول والإنهاك من بين اضطرابات الإناث. أما الغصة (الشعور بأن شيء يقف فـــي الحلـق)، وفقدان الصوت، والتشنجات والغيبوبة وغيرها من الاضطرابات التحولية فإنها لم توجـــد عند عينة البحث. بيد أن البرنامج العلاجي صالح لعلاجـــها بـل ولعـلاج العديـد مـن الاضطرابات النفسية الأخرى.

وفي نهاية هذه المقدمة تجدر الإشارة إلى بعض الأمـــور أولـــها أن الاضطرابـات التحولية -وهي أوسع مما كان يسمى بالهســـتريا التحوليـة- يمكنـــها أن تتشـبه بـــأي اضطرابات جسمية وتصيب أجهزة الجسم كافة بل وتتطور بتطور اكتشـافات الأمــراض الجسمية لتأخذ شكلها الجديد نظراً لما تتميز به هذه الاضطرابات من اختفـــاء أو اختبـاء خلف أعراض جسمية عديدة ومتنوعة مما قد يؤدي إلى الخطأ في تشخيصها علـــى أنـــها

مس أو تلبس بالجن أو ما شابه ذلك، أو أنها اضطرابات جسمية وليست نفسية، ومن ثم استمرار المريض في معاناته وطلب العلاج لدى العديد من العيادات الخاصة والمستشفيات، الأمر الذي يجعله يستخدم العديد من الأدوية لعلاج هذه الأعراض دون جدوى، وذلك مما قد يجعله يلجأ إلى طلب العلاج لدى أدعياء العلم من المشعوذين والدجالين ومن نحى نحوهم مما يؤدي إلى تفاقم أعراضه المرضية فضلاً عن استغلالهم له. وثانيها التشويه المتعمد وغير المتعمد الذي لحق بالتنويم الإيحائي وإساءة فهمه بسبب ما تنشره بعض أجهزة الإعلام -لاسيما العربية - عنه بغير علم ولا هدى ولا كتاب منير من أن النائم يبوح بكل أسراره أثناء التنويم أو أنه يمكن للمنوم استغلاله، وهذا غير صحيح. وثالثها أن للتنويم أغراض واستخدامات كثيرة ، العلاج النفسي واحد منها فقط. ورابعها أن التنويم قد أصبح علماً مستقلاً له أسسه وقواعده.

ويمكن لمن لديه استفسارات عن الاضطرابات النفسية التحولية أو يريد معرفة المزيد عن التنويم الإيحائي أن يتوجه إلى المؤلف في جامعة صنعاء، أو في مركز النفس المطمئنة للعلاج النفسي والباراسايكولوجي والاستشارات والبحوث بصنعاء.

وفوق كل ذي علم عليم. وآخرُ دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

الدكتور / عبد الحافظ الخامري

ماجستير باراسايكولوجي

دكتوراه علاج نفسي

أستاذ مساعد في علم النفس

جامعة صنعاء

رئيس مركز النفس المطمئنة

إبريل 2000 م

الفصل الأول
الإطار العام للبحث

1- تمهيد.

2- مشكلة البحث.

3- أهمية البحث والحاجة إليه.

4- أهداف البحث.

5- حدود البحث.

6- تحديد المصطلحات.

1. تمهيد

منذ أن خلق الله الكون بهذا التناسق الدقيق بين مكوناته من أصغر من الذرة إلى أكبر من المجرة وكل جزء فيه يؤدي دوراً منوطاً به، إذ أن أي خلل في أي من هذه الأجزاء صغر أو كبر سيؤدي إلى اختلالات في بقية الأجزاء، والأرض أحد هذه الأجزاء التي هيأ الله فيها أسباب الحياة، وخلق الإنسان لعبادته قال تعالى: **(وما خلقت الجن والإنس إلا ليعبدون)** (الذاريات، الآية 56) وجعله خليفته في الأرض قال تعالى: **(وإذ قال ربك للملائكة إني جاعل في الأرض خليفة)** (البقرة، الآية 30).

فالإنسان عبد الله وخليفته في أرضه، خلقه من مكون أرضي وهو الجسد، ومن مكون سماوي وهو الروح وفي ذلك يقول تعالى: **(إذ قال ربك للملائكة إني خالق بشراً من طين . فإذا سويته ونفخت فيه من روحي فقعوا له ساجدين)** (ص، الآية 71،72) كما وهبه من الإمكانات والقدرات ما يمكنه من تحقيق هذه الخلافة، وسخر له كل ما فيها إذ يقول تعالى: **(سخَّر لكم ما في السموات وما في الأرض جميعاً منه)** (الجاثية، الآية 13).

ومما لاشك فيه أن الإنسان منذ أن أهبط إلى الأرض وهو يعمل على تحقيق صحته النفسية وفاعليته بسعيه إلى التوافق الداخلي بين مكونيه الروحي والجسدي وما نتج منها من أجهزة نفسية وعضوية من ناحية، والتوافق الخارجي مع بيئته الاجتماعية والمادية من ناحية أخرى وصولاً إلى تحقيق الاستخلاف.

وإذا كانت الصحة النفسية لا تتحقق إلا بالتوافق مع منهج الفطرة الذي شرعه الله تعالى بقوله سبحانه: **(فأقم وجهك للدِّين حنيفاً فطرة الله التي فطر الناس عليها لا تبديل لخلق الله ذلك الدِّين القيم ولكن أكثر الناس لا يعلمون)** (الروم، الآية 30)، فإن بني الإنسان يجب أن يسيروا على هذا النهج فإذا ما خرجوا عنه وبدأ التوافق يختل أرسل الله رسلاً منهم لكي يعيدوهم إليه، وكما جعل الله خاتمهم محمد بن عبد الله ﷺ فإنه جعل دينه باقياً وصالحاً إلى أن يرث الله الأرض ومن عليها كما قال تبارك وتعالى: **(شرع لكم من الدين ما وصى به نوحاً والذي أوحينا إليك وما وصينا به إبراهيم وموسى وعيسى أن أقيموا الدين ولا تتفرقوا فيه)** (الشورى، الآية 13).

2 مشكلة البحث

إذا كان الالتزام بمنهج الحق الذي ارتضاه الله لخلقه ووضحه لهم رسله سواءً بمعاملة المرء لذاته أو بسلوكه مع غيره أو بتعامله مع ما أستخلف فيه وهي الأرض ومن عليها، يشكل جزءاً لا يتجزأ من عبادته لخالقه، فإن انحراف الإنسان عن هذا الصراط يؤدي إلى ظهور الاختلال في مختلف مناحي الحياة المادية والاجتماعية والروحية والنفسية. فإذا ما حدث ذلك انعكس على الجماعات والأفراد، وبدأ التوافق يفقد مقوماته وتهتز مكوناته وظهر الصراع بين المجتمعات والجماعات والأفراد بل وفي داخل الفرد نفسه. وأضحى الاضطراب النفسي معضلة فكرية وعلمية وفلسفية قيد البحث والتنقيب، والجدل ويميزه ــ باتفاق الجميع ــ القلق الدائم أو الاضطراب الفكري والشعور بعدم الرضى أو الاستقرار أو الأمان وبسلوك لا يرضي الذات والآخرين، وأن الاضطراب ينتج من أزمات وصراعات تتعلق بنشأة الإنسان وتطوره وتربيته في أثناء طفولته، أو بمشاكل وعقبات وتجارب تواجهه في حياته الحاضرة لا يتمكن من معالجتها بكفاءة، فتؤدي به إلى سلوك غير طبيعي بالنسبة لمجتمعه وثقافته المحلية (الدباغ، 1980 :13-14)* الأمر الذي حدا ببعض العلماء والكتاب إلى نعت هذا العصر بالعديد من الأسماء والأوصاف، وهو وإن كان كثيرون يختلفون في تسويغ اسم أو آخر له، فأن أحداً لا يجادل في أنه عصر القلق أيضاً (كمال، 1988 :13).

وعلى الرغم من صعوبة وجود إحصاءات عالمية ووطنية حديثة -حتى الآن- تبين مدى انتشار الاضطرابات النفسية والعقلية في البلدان والمجتمعات المختلفة، غير أن المتيسر منها يشير إلى أن هذه الاضطرابات تزيد في عددها على أي مرض أو مجموعة من الأمراض الأخرى. وتقدر الدراسات أن نسبة الأمراض النفسية في المجتمع تقع بحدود 10% من مجموع السكان، وان ما لا يقل عن 50% من مجموع المرضى الذين يؤمون المستشفيات، وأكثر من هؤلاء ممن يعالجون خارجياً إما يشكون مباشرة من

* يشير الرقم الأول إلى السنة التي نشر فيها المصدر ويشير الرقم الآخر إلى رقم الصفحة أو أرقام الصفحات في ذلك المصدر.

اضطراب نفسي أو تَرد شكواهم الجسمية مهما كان نوعها إلى أسباب وعوامل نفسية المنشأ (كمال 1988 :15).

في حين يعتقد كثير من الأطباء أن عدد العصابيين يتراوح ما بين 30–35% من عدد سكان أي دولة، والحقيقة أن نسبة التعساء بسبب الاضطرابات النفسية والعقلية والاجتماعية قد تكون أكبر من هذا، إذ لوحظ أن في حياة كل شخص تقريباً أوقات محددة طويلة أو قصيرة يشعر فيها بالاضطراب، وأن الأمور أفلتت من يده، أو يعاني من حالات يوشك فيها على الانهيار العصبي، وأن أسلوبه في الحياة لم يعد يجدي معه (إبراهيم،1994 :33).

وغني عن البيان أن هذه النسبة تشكل مشكلة يجب التنبيه اليها والتوجه إلى إيجاد السبل والأدوات الكفيلة بالتقصي عنها وتشخيصها، أو تقنين ما يمكن تقنينه من الاختبارات العالمية الخاصة بتشخيص مثل هذه الاضطرابات على البيئة العربية، وإيجاد وسائل وطرائق لعلاجها والتخلص منها.

ذلك أن المرض النفسي يؤدي إلى إثارة اضطرابات شاملة في سلوك الإنسان قد تشمل حالته الانفعالية أو تفكيره أو سلوكه الاجتماعي أو وظائفه العضوية والجسمية، أو كل هذه الأشياء مجتمعة في وقت واحد. وإذا غلب الاضطراب على الناحية الانفعالية والوجدانية كان هناك ما يسمى الاضطرابات العصابية كالقلق والهستيريا * والرهاب والاكتئاب، وإذا كان مصدر الشذوذ اضطراباً في التفكير تكون ما يسمى بالاضطراب العقلي (الذهاني) بأشكاله المختلفة من فصام وهوس وبرونويا. وتنشأ الجريمة والجناح والانحرافات السايكوباثية، بسبب اضطراب السلوك الاجتماعي. وتعد الأمراض النفسجسمية كالارتفاع في ضغط الدم والربو والقرحة، علامة على أن الاضطراب النفسي يؤثر في الوظائف العضوية والبدنية للإنسان. وفي كل نوع من أنواع هذه الاضطرابات يشمل الاضطراب الوظائف الأخرى. فالاضطراب في حالة القلق مثلاً يصيب الجوانب

* أينما وردت كلمة هستيريا أو رحام في هذا الكتاب فإن المقصود بها الاضطرابات التحولية والانفصالية ما لم تحدد، أما إذا حددت بكلمة تحولية فيقصد بها الاضطرابات التحولية، تساوقاً مع التصنيفات النفسية العالمية الحديثة.

الوجدانية، والجسمية، والسلوكية، والعقلية، ولو أن مصدر الاضطراب هو الوجدان أساساً. وإذا كانت الأمراض النفسية تشكل بؤرة لمشكلات اجتماعية وعقلية أخرى تعاني منها المجتمعات المتقدمة الغربية والاشتراكية ودول العالم الثالث على حد السواء تحدث بسبب التقاء الوراثة والأساليب الخاطئة في التنشئة، فضلاً عن الضغوط والأزمات البيئية. فإن التقاء هذه العناصر الثلاثة يرسم من دون شك خطط العلاج الفعال لتلك المشكلات ويمنح البصيرة بالسبل والأشكال التي يجب أن تتطور نحوها أساليب العلاج النفسي (إبراهيم،1994 :51-52).

إن المشكلة في الاضطراب النفسي لا تكمن في إصابة الأشخاص بهِ وما تسببه من آلام ومعاناة لهم فحسب، بل وفي تأثير ذلك فيهم وفي مجتمعهم الصغير المتمثل بأسرهم وأقاربهم والمجتمع الأكبر، بما يسببه من عرقلة وهدم للطاقات البناءة والمنتجة. ولاسيما إذا ما علم أنه مسؤول عن ثلث حالات التغيب عن العمل، كما أنه مسؤول عن جزء كبير من إصابات العمل (شاهين والرخاوي،1965 :37).

ونتيجة لما تسببه الاضطرابات النفسية من آثار خطيرة ليس على حياة الفرد والتنشئة الاجتماعية فحسب، بل على حياة عائلته ومجتمعه مما يؤثر سلباً في بناء المجتمع وخسران العديد من الطاقات الإنتاجية التي يمكن أن يسهم بها الفرد في المجتمع. وقد اندفع كثير من المهتمين بالاضطرابات النفسية تشخيصاً وعلاجاً إلى محاولة البحث عن العديد من الأساليب الوقائية والعلاجية الممكنة التي من شأنها أن تقلل إلى أدنى حد ممكن من التأثيرات السيئة لهذه الاضطرابات في المجتمع، لغرض التقليل من هدر طاقاته نتيجة إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية.

والمتتبع لمسيرة العلاج النفسي يلاحظ أن جهوداً كثيرة ومتنوعة متفاوتة التأثير والنتائج بذلت. وأن العلاج بالعقاقير Drugs أكثر انتشاراً من أنواع العلاج النفسي الأخرى، التي لا تدخل العقاقير في استراتيجياتها العلاجية، أو أن العقاقير تدخل في ضمن طرائق علاجية أخرى. بيد أنه ظهر – وهذا ما أشارت إليه العديد من الأدبيات والدراسات السابقة – أن طرائق العلاج الدوائي لها الكثير من الآثار السلبية على الفرد، ومنها بالدرجة الأولى الإدمان على تناولها في السنوات الأخيرة، ففي المملكة المتحدة كان

عدد المتعودين عليها يقع بين 30000-60000 شخص عام 1968 وارتفع العدد إلى 640000 شخص عام 1975. ويوجد ما يفيد أن نسبة الزيادة في الولايات المتحدة أعظم، ومثل ذلك ما تفيده دراسات إحصائية في بلدان أخرى (كمال،1988 :532).

وإذا كان ذلك في الماضي فإنه - للأسف - وإلى الآن يوجد من يستعمل العلاج بالصدمات الكهربائية في العديد من الدول النامية على الرغم من أنها طريقة لا إنسانية ومؤلمة وليست أقل أضراراً من العقاقير ولا سيما إذا ما عرف أن هذه الطريقة تسبب أخطاراً عدة منها الموت الآني بسبب المضاعفات كالنزيف وغيره، وأخطاراً أخرى أهمها الكسور وخلع المفاصل وفقدان الوعي. فضلاً عن المجازفة في استعمالها لبعض الأفراد الذين يعانون من ارتفاع مفرط في ضغط الدم وعجز القلب وغيرها من الحالات، مما يقتضي القيام بتقدير دقيق لحالة المريض الصحية والخطر المحتمل الذي قد يلحق به جراء المعالجة (كمال،1988 :633).

وما دامت الاضطرابات التحولية من الاضطرابات النفسية التي لها آثارها السلبية على الفرد وأسرته ومجتمعه فقد تطلب الأمر بذل محاولات حثيثة وجادة لإيجاد الوسائل العلاجية الناجعة لها نظراً لما تتميز به هذه الاضطرابات من اختفاء أو اختباء خلف أعراض جسمية عديدة ومتنوعة مما قد يؤدي إلى الخطأ في تشخيصها على أنها اضطرابات جسمية وليست نفسية، ومن ثم استمرار المريض في معاناته وطلب العلاج لدى العديد من العيادات الخاصة والمستشفيات، الأمر الذي يجعله يستخدم العديد من الأدوية لعلاج هذه الأعراض دون جدوى، وذلك مما قد يجعله يلجأ إلى طلب العلاج لدى أدعياء العلم من المشعوذين والدجالين ومن نحى نحوهم مما يؤدي إلى تفاقم أعراضه المرضية فضلاً عن استغلالهم له.

والاضطرابات التحولية والانفصالية ليست أقل الاضطرابات النفسية انتشاراً، إذ تحتل مرتبة متقدمة من الاضطرابات في نسبة انتشارها، فلقد أشارت العديد من الأدبيات والدراسات السابقة إلى أن نسبة انتشارها كانت 10% من بين جميع حالات الاضطرابات النفسية (Colarusso & Nemivoff ,1981: 246) إلا أن دراسات أخرى ذكرت نسبة أعلى من ذلك لانتشار الاضطرابات التحولية والانفصالية تقدربنحو20 -21% من الحالات النفسية المرضية (يعقوب،46:1994). وهذه النسب تفصح بالتأكيد عن حجم مشكلة هذه

الاضطرابات ومن دون مواربة. وتجدر الإشارة إلى أن من المصاعب التي تزيد من حجم مشكلة هذا الموضوع هو ما يجري عادة عند وضع تشخيصات نفسية أخرى بنحو 30 – 50% من المرضى بشكل خاطئ كالفصام واضطرابات التوافق واضطرابات الشخصية كذلك وتبرز أيضاً مشكلة هذا الاضطراب إذ أن 15–30% من المرضى الذين تشخص لديهم الاضطرابات التحولية مصابون بأمراض عضوية مجهولة (قمحية وآخرون،1993 :243–245). وتتجسد مشكلة هذا الموضوع أيضاً في أن بعض الحالات المعقدة ومنها على سبيل المثال فقدان الوزن يقابل فيها الأطباء صعوبة بالغة في علاج هذه الحالات بل وتصل نسبة الوفاة في مثل هذه الحالات إلى 15% وتزيد المشكلة تعقيداً حينما يتحول المرض إلى درجة مزمنة في 50% من الحالات (عكاشة،1984 :76).

وإذا كان نوع الاضطرابات وطبيعتها هو الذي يحدد أسلوب تشخيصها وعلاجها فليس ثمة أجدى وأنجع من العلاج النفسي لهذه الاضطرابات، وهذا ينسحب على الاضطرابات التحولية أيضاً بيد أن له أساليب متنوعة منها: العلاج الدوائي الذي يستخدم في كثير من الأحيان للتخفيف من الأعراض المرضية والمساعدة في التخلص منها أحياناً، غير أنه وجد من خلال التاريخ الطويل أن لها سلبيات عدة كغيرها من العقاقير التي ذكرت سلبياتها آنفاً، فضلاً عن أن استخدام هذه العقاقير في علاج الاضطرابات التحولية لا يؤدي إلى زوالها نهائياً – وإن ساعد في ذلك – كونه لا يستأصل eradication أسباب أو جذور المشكلة التي كانت سبباً في ظهور هذه الأعراض، ولاسيما أنها ذات جذور لا شعورية فضلاً عن كلفتها العلاجية وطول مدة التداوي بها، الأمر الذي دفع الباحثين والدارسين المهتمين بهذه الاضطرابات إلى البحث عن أساليب علاج نفسية أخرى أكثر فعالية وأجدى نفعاً وأقل وقتاً وأضراراً يمكن أن تؤدي إلى شفاء هذه الأعراض.

وإذا كانت الاضطرابات التحولية قد عرفت منذ زمن بعيد، فإنها كذلك قد ارتبطت بالعديد من أساليب العلاج، بيد أن ارتباطها بأسلوب العلاج بالتنويم الإيحائي بشكله العلمي الحديث كان قد بدأ منذ عهد الطبيب النمساوي مسمر ونظريته في "المغناطيسية الحيوانية" التي أصبحت مثار جدل ونقاش كبير بين المؤيدين والمعارضين لها آنذاك والذي امتد إلى أمد غير يسير، ثم أخذ التنويم يتطور وتتطور أساليبه وطرائقه حتى وصل إلى شكله

الحالي في القرن العشرين (الدباغ،1980: 45-46) (إبراهيم، 1986: 45) (ياسين،1981: 98) (Moskowictz,1996 :129-137).

وسواء كان مفهوم التنويم الإيحائي مفهوماً قديماً قدم الإنسان نفسه، أو مفهوماً جديداً أكده العديد من علماء النفس، ونظر إليه كل منهم من زاوية معينة، أو درسه من جانب معين، وتعددت نظرتهم إليه بتعدد المختصين به وخلفياتهم النظرية، فعلى سبيل المثال ينظر إليه كل من هل Hull على أنه عادة، ووايت White على أنه سلوك موجه نحو هدف ما، وويتزنهوفر Weitzenhoffer على أنه قدرة إيحائية انتقائية عالية، وميرز Meares على أنه عودة للماضي، وساربين وكو Sarbin & Coe على أنه لعب الدور، وإيركسون Erickson على أنه غشية، وهيلجارد وأورني Hilgard & Orne على أنه حالة، وباربر Barber على أنه ليس حالة، وجيل وبرنمان Gill & Brenman على أنه نكوص توافقي. فإن هذا التنوع في النظر إلى التنويم الإيحائي أدى إلى تنوع تعريفاته، وطرائق دراسته وتطبيقاته، وهو في النهاية يلقي الضوء على فهم طبيعة التنويم التي لا تزال محيرة ومربكة (Kroger & Fezler, 1976 :14).

وما زال التنويم الإيحائي موضع جدال وحوار، فهناك من يجد فيه الفائدة العلاجية، وهناك من يتحفظ عليه ولا يقبل به لأسباب عدة منها:

أ- اقترانه عند الناس بالسحر والتنويم على المسارح والأمور الروحانية، وفقدان النائم فيه سيطرته على ذاته، ووقوعه تحت تأثير المنوم، على الرغم من أن ذلك ليس حقيقياً بالضرورة.

ب- إخفاق بعض الدراسات والأبحاث العلمية في تحديد صدق validity تأثيراته، واختلافها عن النتائج التي يمكن التوصل إليها في أثناء اليقظة، في حين أشارت دراسات أخرى إلى أن موجات الدماغ التي تتبدل في أثناء حالات الوعي المتغيرة لا يمكن تمييزها عند المنومين أو غير المنومين.

ج- إن التنويم قدِّم على أساس أنه دواء عام panacea لأنواع كثيرة من المشكلات والاضطرابات. فالكثير من الكتب التي تكلمت عن التنويم، أبانت بمبالغة أن بمقدور الإنسان أن يتعلم كيف يزيل بواسطته جميع الأمراض والعلل خلال دقائق معدودة، ونتيجة لهذه المبالغة فُقد الاهتمام به في الوسط المهني والشعبي معاً (الحجار، 1990: 75).

د- إن إقبال الكثيرين من غير المتخصصين على اقتحام مجال التنويم وممارسته بصورة استغلالية في غير مجالاته، وفي الأفلام والمسلسلات أفقد الظاهرة كثيراً من مصداقيتها العلمية (عمارة،1999 :10).

هـ- ما روجته بعض وسائل الإعلام - والكتاب محدودي الفهم - في التنويم بغير علم ولا هدى ولا كتاب منير، من أن النائم يظهر كالعوبة في يد المنوم يمكنه أن يأمره بما يريد، فضلاً عن أن النائم بمجرد أن يدخل في الغشية التنويمية يبدأ بسرد أسراره وتفاصيل حياته، وكأنه مسجل. أو أن المنوم يمكنه أن يستغله في أمور منافية للأخلاق والقانون في أثناء التنويم أو بعده، فأسهمت بذلك في خلق وعي مزيف بالعلاج النفسي عامة والعلاج التنويمي خاصة. وذلك كله غير صحيح، ولا تؤكده الممارسة العملية، فضلاً عن الدراسات العلمية قديمها وحديثها على حد سواء.

وانطلاقاً مما تقدم تأتي الدراسة الحالية محاولة علمية متواضعة لبناء وتطبيق برنامج تشخيصي وعلاجي نفسي فعال لأثر العلاج بالتنويم الإيحائي في الاضطرابات التحولية يتميز بالشمولية والعمق والسرعة، ويتضمن إمكانية تدريب المريض على التخلص منها آنياً، والوقاية منها مستقبلاً.

3 أهمية البحث والحاجة إليه

فتح تقدم العلم والتقانة آفاقاً جديدة لتحسين حياة المجتمع، غير أنه زاد في الوقت نفسه من متطلبات الإنسان وأعبائه، العامل الأساس في هذا التقدم، وبادئ ذي بدء نحو مجاله النفسي. ومن الأعباء النفسية الجديدة الناتجة من تقدم العلم والتقانة التزايد الهائل في الضغوط النفسية وسوء التوافق مع متطلبات الحياة العصرية مما نجم منه زيادة مضطردة في الأمراض النفسية والعقلية (روجنوف وروجنوفا، 1996 :270) التي أضحت شائعة في الوقت الحاضر ولها تبعات خطيرة، إذ تشير الإحصاءات إلى وجود أكثر من 500 مليون شخص قد يعاني من أحد الاضطرابات أو الضعف النفسي أو العقلي، وفي العديد من البلدان يعود سبب عوق 40% من المعوقين إلى الاضطرابات النفسية والعقلية، كما تشير تنبؤات علم الأوبئة Epidemilogy المتعلقة بالاضطرابات النفسية والعقلية إلى وجود

احتمال كبير جداً بزيادة حجم هذه الاضطرابات في المستقبل (Degirolamo & Reich, 1993,p.v).

كما تشير الإحصاءات إلى أن نسبة وقوع الاضطرابات النفسية في المجتمعات الغربية بتقديرات مختلفة هي 4 – 10% من السكان. وفي الولايات المتحدة الأمريكية لوحدها يقدر أن نحو 30% من المرضى الذين يراجعون المستشفيات ترجع أمراضهم إلى أسباب نفسية وأن 60% من المرضى الذين يراجعون الأطباء عامة، هم مرضى نفسانيون. فقد دلت الإحصاءات المستقاة من فحوص المجندين في الحرب العالمية الثانية في أمريكا أن 25% من المكلفين سقطوا في فحوصهم الطبية بسبب إصابتهم بهذه الاضطرابات. وفي دراسات لمجموعات محدودة من السكان السويديون تراوحت نسبة إصاباتهم بين 11 –15%. ومثل هذه النتائج تم التوصل إليها في دراسات دقيقة لمجموعة من السكان في اسكتلندا وفي غيرها من البلدان وثمة العديد من الاختصاصيين الذين يُحترم رأيهم، يرون أن جميع الناس مصابون بأمراض نفسية تتفاوت درجاتها بين الطفيفة والمتوسطة والشديدة جداً (كمال، 1988 :47).

ومما ينبغي التنويه إليه أن حجم مشاكل الصحة النفسية والعقلية يتجاوز كثيراً الإمكانات المتاحة لعلاجها. إذ أن الخدمات المتيسرة لمساعدة المصابين بالاضطرابات النفسية والعقلية في معظم أنحاء العالم غير كافية كماً ونوعاً، وينطبق هذا على أكثر بلدان العالم تطوراً فضلاً عن المتخلفة منها. كما أن معظم الأفراد وبعض المختصين بالطب النفسي والعقلي غير مدركين بشكل كافٍ حجم وطبيعة الاضطرابات النفسية والعقلية، والعبء الذي تشكله للمصابين بها ولعائلاتهم ولمجتمعاتهم. ولم تتمكن الإحصاءات التقليدية في معظم أنحاء العالم من تقديم معلومات دقيقة عن حجم الاضطرابات النفسية والعقلية في تلك المجتمعات، كما أن معظم الإحصاءات التي تقوم بها المنظمات الصحية تعتمد أساساً على الوفيات مما يؤدي إلى إعطاء صورة غير واضحة عن الحالة الصحية العامة، ذلك أن العديد من الأمراض المزمنة لا تنتهي بالوفاة بالضرورة والاضطرابات النفسية والعقلية منها خاصة. وعليه فإن قلة الوعي بحجم وطبيعة هذه الاضطرابات، وعدم توافر وسائل الوقاية والعلاج أدى إلى اهتمام البلدان بالبرامج الصحية الخاصة بها. لذلك لابد من توافر معلومات دقيقة عن نسب انتشار الاضطرابات النفسية والعقلية في

المجتمعات، ومدى اختلافها باختلاف الثقافات والبلدان والأزمنة، وخصائصها الاجتماعية، وحجم الخطر المحتمل جراء الإصابة بها، ولا تتوافر المعلومات - لسوء الحظ- لسببين هما:

أ- عدم كفاية التدريب الذي يتلقاه المعالج (مع غياب المؤشرات التي تساعد في تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية) مما يقود بدوره إلى مؤشرات تمييز ضعيفة لتحديد مشاكل الصحة النفسية والعقلية.

ب- غياب - إلى وقت قريب - اللغة المشتركة للتسميات، ولنظام تشخيص يعتمد وسائل موحدة لتحديد الاضطرابات النفسية والعقلية، مما يعني أن المعلومات التي تم إحصاؤها غير جديرة بالمقارنة (DeGirolamo & Rich, 1993 :v).

وإذا كانت بعض الاضطرابات النفسية قد رافقت الإنسان منذ أن وجد على سطح البسيطة، فإن البعض الآخر منها ظهر خلال المائة عام الأخيرة بسبب تغير الحياة الاجتماعية والقيمية عما كانت عليه سابقاً، فضلاً عن الضغوط النفسية المتزايدة. على سبيل المثال لا الحصر أنه في الخمسين أو السبعين عاماً الأخيرة زادت نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسجسمية (كمال، 1988 :42).

وأن الاضطرابات التحولية - موضوع البحث الحالي - هي من الاضطرابات المعروفة منذ قرون خلت فقد جاءت أوصاف هذه الاضطرابات في أوراق البردي الفرعونية التي يرجع تاريخها إلى عام 1900 قبل الميلاد (عكاشة،1984 :57). زاد انتشارها في الآونة الأخيرة إذ أنها تشكل ما نسبته 10% من حالات الاضطرابات النفسية جميعها (كمال،1988 :189). وذكرت دراسات أجريت من أجل هذا الغرض نسبة أعلى من ذلك فقد أشارت إلى أن الاضطرابات التحولية والانفصالية تنتشر بنحو 20 -21% من الحالات النفسية المرضية (يعقوب،1994:46) وتشير إحدى الدراسات التي تناولت انتشار هذا الاضطراب أيضاً إلى أن الاضطرابات التحولية تصيب الإناث والذكور كليهما وفي مختلف الأعمار، إلا أن إصابات الإناث تبلغ ضعف إصابات الذكور تقريبا (Hill,1961 :987).

أما جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA) فقد أكدت عام 1994 أن حجم انتشار هذه الاضطرابات هو (100000-300000) (DSM-IV,1994 :455). وهي أكثر انتشاراً بين النساء مما هي عليه بين الرجال فقد أشارت دراسة هولندر Hollender عام 1980 إلى أن 75% من الإصابات تقع بين النساء، ويعزو كلارسو ونيمفوف Colarusso & Nemivoff ذلك الأمر إلى تعزيز الأدوار الاتكالية إلى حد كبير بين النساء (Colarusso & Nemivoff,1981 :246).

ومما ينبغي التنويه إليه أن نسبة الانتشار هذه ليست بالقليلة إذا ما قورنت بنسب انتشار غيرها من الاضطرابات النفسية مما يجعل الحاجة إلى توفير العديد من الطرائق التشخيصية والعلاجية لها والوقائية منها ضرورية وملحة.

كما أنها تكثر في الطبقات الاجتماعية الدنيا والمتوسطة، وأنه كلما قلت ثقافة المضطرب وخبرته كان أكثر مبالغة في مظاهرها بعيداً عن مطابقتها للأمراض الجسمية (Gordon,1963:341). وغني عن البيان أن هذه الاضطرابات النفسية يمكن أن تصيب جميع الأعمار، بيد أنها تكثر في مراحل العمر الحرجة لاسيما مرحلة الشباب والمراهقة، ولدى الشيوخ والعاجزين، فضلاً عن وجودها لدى الأطفال، فهناك اضطراب عرضه الرئيس صداع الساعة التاسعة شائع عند الأطفال الذين يتهربون من المدرسة (Shoben 1956 :25).

أما انتشارها بين العسكريين فأمر شائع، فقد وجد أن للضغوط النفسية دوراً مهماً في إحداثها لديهم (Merskey,1986 :24).

في حين أن نسبة انتشارها لدى مراجعي العيادة الخارجية في المستشفيات بلغت 15%. كما توصلت دراسة لازار Lazare عام 1981 إلى أن 20%-25% من الراقدين في المستشفيات لديهم أعراض تحولية (Wilson,1988 :338).

وقد استخدمت العديد من الطرائق العلاجية مع هذه الاضطرابات، إذ استخدم العلاج النفسي الذي يعتمد بالدرجة الأولى على طرائق العلاج النفساني السطحي بالتعضيد والتوعية والتوجيه والتحليل النفسي، وكذلك استعمال العلاج بالتفريغ Abreaction أو بالوسائل التفريغية بواسطة العقاقير الطبية مثل مشتقات الباربيتوريت وعقار ثاني أوكسيد الكاربون المخلوط بالأوكسجين وعقار الميثودين. وكذلك العقاقير المهدئة والملطفة ومن

أكثر الوسائل المعتمدة هو العلاج الإيحائي وهو جزء من العلاج النفسي الذي يتم بواسطة التنويم المغناطيسي [*](الدباغ،1980: 152-153). وكما أن لكل طريقة مميزاتها فإن لكل طريقة سلبياتها أيضاً، منها -على سبيل المثال- أن استخدام التحليل النفسي لعلاج الاضطرابات التحولية يحتاج إلى وقت طويل، وهذا يتعارض مع أهم مبدأ من مبادئ علاج هذه الاضطرابات وهو السرعة في إنهاء علاج أعراضها وإزالة أسبابها، ذلك أن أي تأخير في هذا الأمر قد يجعل المريض أكثر تحسساً وتمتعاً بالفائدة والمنفعة التي تتحقق له من المرض، فضلاً عن أن استغراق أي نوع من العلاج مدة طويلة من الزمن يؤدي في بعض الحالات إلى تعقيدها بدلاً من المساعدة في علاجها (كمال،1988: 233). ومن سلبيات استخدام العلاج بالعقاقير لهذه الاضطرابات ما ذكرته دراسة بريت Brett 1997 من أن استخدام العقاقير في علاجها قد يؤدي إلى شفائها إلاّ أنها يمكن أن تظهر من جديد (Brett,1997 :131-132).

أما العلاج السلوكي فإنه يمكن أن يتعارض مع مبدأ السرعة والتعمق في علاج هذه الاضطرابات فلقد أشارت دراسة دونهو وآخرين Donohue, et al 1997 إلى أنها تمكنت من علاج فتاة عمرها 12 عاماً تعاني من الغصة التحولية (صعوبة بلع الطعام والسوائل) خلال مدة 6 أشهر مما يعني استغراق وقت طويل فضلاً عن الكلفة العلاجية طوال هذه المدة (Donohue, et al,1997 :231-251). على العكس تماماً مما تظهره طريقة التنويم الإيحائي من فعالية سريعة وتعمق في معالجة الأسباب الحقيقية التي تقف وراء ظهور الأعراض المرضية، فقد أضحى استخدام هذه الطريقة في زيادة مستمرة ليس في علاج الاضطرابات التحولية فقط، بل أصبح من المهارات الإكلينيكية الأساسية التي يجب أن يتقنها المختص بالعلاج النفسي (Horevitz,1985). مما يوضح أهمية هذه الطريقة العلاجية في أن التنويم بوصفه طريقة علاجية يتم تعليمه لطلبة الكليات الذين يقومون بعلاج الأمراض النفسية.

[*] أينما وردت كلمة تنويم بمفردها أو تنويم مغناطيسي، في هذا الكتاب فالمقصود بها التنويم الإيحائي.

ويمكن استخدام العلاج بالتنويم الإيحائي لوحده، أو مع أنواع أخرى من العلاج النفسي (Slagle,1997 :2019-2024). ففي دراسة مقارنة قام بها مارتن وليبسكي 1986 Martin & Lipsky بين العلاج بعقاقير chlorpromazine, metoclopramide, anticonvulsants or quinidine والتنويم الإيحائي، توصلت إلى أن علاج الاضطرابات التحولية بواسطة التنويم الإيحائي هو أكثر فاعلية من علاجها باستخدام العقاقير (Martin & Lipsky,1986 :134-173).

وفي الاجتماع الشهير للأكاديميتين (أكاديمية العلوم وأكاديمية الطب) عام 1950، الذي أكد أولوية الفسلجة في الطب، يوصي عدد من الباحثين (بيرمان، وجيليار وفسكي، وبوبوف، وبلاتونوف، وسترلتشوك، وإيفانوف، وسمولنسكي) بدراسة التنويم الإيحائي واستخدامه بوصفه ضرباً من ضروب العلاج النفسي ذي الأساس الفسلجي (شرتوك،1992 :39).

أما في الجهة الأخرى من الكرة الأرضية فيعد التنويم الإيحائي Hypnosis الفرع الثلاثين لعلم النفس من بين الأربعين فرعاً في جمعية علم النفس الأمريكية American Psychological association (أبو عيطة،1984 :160). فضلاً عن أن الثورة العلمية اعترفت به وأقرت فائدته في العلاج رسمياً، فاعترفت كل من نقابة الأطباء في إنجلترا وأمريكا به بوصفه علاجاً علمياً عام 1958، وتكونت في التاريخ نفسه الجمعية الأمريكية للتنويم الإيحائي الإكلينيكي. وهو الآن يستخدم على نطاق واسع في عدد من المجالات التطبيقية (تايلور، 1985 :191-192).

ونتيجة حتمية للتقدم العلمي في هذا المجال، فقد توصل العلماء إلى استخدام التنويم الإيحائي في علاج كثير من الاضطرابات النفسية وشفائها شفاءً تاماً (الجوهري،1988: 255). ومنها الاضطرابات التحولية.

وإذا ما عرف علم النفس بأنه الدراسة العلمية للسلوك (دويدار، 1994 :52)، فإن أهمية هذا البحث ــ في المقام الأول ــ تنبع من أهمية علم النفس الذي أخذ على عاتقه مهمة دراسة الإنسان بجوانبه الجسمية، والروحية، والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية جميعها، وفي حال تفوقه، وتعثره، وإبداعه، وتخلفه، وصحوه، ونومه، وتعلمه، وتفكيره، وفي صحته ومرضه ابتداءً من الفهم والتفسير ومروراً بالتنبؤ ووصولاً إلى الضبط

والتحكم. ليشد أزره ويقوي عزيمته ويستنهض همته ويشحذ قدراتـــه ويطلـق إمكاناتـــه، وليخلصه من آلامه ومعاناته، مزوداً إياه بأفضل السبل التي تمكنه من العيش في طمأنينـة وسعادة وأمان محققاً ذاته في استخلاف مولاه على الأرض.

وتنبع أهمية البحث الحالي ــ في المقام الثاني ــ من أهمية الموضوع الـــذي يبحثـه وهو محاولة تشخيص وعلاج الاضطرابات التحوليـــة، ولاسـيما إذا مـــا علـــم أن هـــذه الاضطرابات قد عرفت منذ ما يقارب من خمسة وعشرين قرناً وعدت أمراضـــاً غريبـــة غير متسقة الأعراض ومن الصعب فهم أسبابها، لذلك كثرت محاولات تفسير أسبابها على مر الأزمان وانشغل بها الكثير ممن عني بالطب والاضطرابات النفسية.

ولكون علم النفس بفروعه التطبيقية لا يكتفي بتشخيص الاضطرابات النفسية فحسـب، بل يسعى إلى علاجها والوقاية منها والتخلص من أسبابها وأعراضها آنياً ومستقبلاً، مـــن خلال ما يقدمه من أساليب وبرامج وتقنيات ووسائل نفسية مختلفة ومنها أسلوب التشخيص والعلاج بالتنويم الإيحائي.

وانطلاقاً مما تقدم، تأتي الدراسة الحالية محاولة علمية جادة لبناء وتطبيـــق برنـــامج لعلاج الاضطرابات التحولية باستخدام التنويم الإيحائي لتضع جهداً علمياً جديداً في المكتبة العربية أولاً، ولتقدم إحدى خدمات علم النفس التطبيقية في الجانب العلاجي فـــي الوطـن العربي ثانياً، من خلال إيجاد وتطبيق أسلوب تشخيصي وعلاجي نفسي يتميز بالآتي:

أ- الشمولية في التشخيص والعلاج والوقاية.

ب- التعمق في استكناه الجذور اللاشعورية لهذه الاضطرابات.

ج- قلة الكلف المالية والمستلزمات العلاجية.

د- فهم الأعراض وتبصير المضطرب بها .

هـــ- إمكانية التدريب للتخلص من الأعراض.

و- السرعة والحسم في علاج الاضطرابات التحولية.

ز- الإجراءات الوقائية لضمان التغلب على الاضطرابات مستقبلياً فضلاً عن التحـرر منها آنياً.

4 أهداف البحث وفرضياته

يستهدف البحث الحالي:

أ- إعداد وبناء أدوات البحث:

أولاً- برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي.

ثانياً- مقياس الاضطرابات التحولية.

ثالثاً- مقياس شدة المعاناة.

رابعاً- مقياس تقدير التحسن.

ب- معرفة نسب توزيع نوع الاضطرابات التحولية لدى عينة البحث عامة، وعلى وفق متغير الجنس.

ج- معرفة أثر برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي في الاضطرابات التحولية من خلال اختبار الفرضيات الآتية:

أولاً- لا توجد فروق ذات دلالة معنوية لأثر البرنامج العلاجي في الاضطرابات التحولية وفقاً لمقياس الاضطرابات التحولية.

ثانياً- لا توجد فروق ذات دلالة معنوية بين تقديرات المرضى لمعاناتهم قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

ثالثاً- لا توجد فروق ذات دلالة معنوية بين تقديرات المرضى للتحسن قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

رابعاً- لا توجد فروق ذات دلالة معنوية بين تقديرات المرضى لمعاناتهم قبل تطبيق البرنامج العلاجي وتقديراتهم للتحسن بعد التطبيق.

خامساً- لا توجد فروق ذات دلالة معنوية بين تقديرات المرضى وتقديرات الأطباء لمعاناة المرضى قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

5ـ حدود البحث

يتحدد البحث الحالي بـــ:

الأشخاص المصابين بالاضطرابات التحولية من كلا الجنسين وبأعمار (19-45) سنة في بغداد، للعام 98-1999م.

6ـ تحديد المصطلحات

تتحدد المصطلحات الواردة في البحث الحالي بالآتي:

أـ العلاج Therapy:

بما أن البحث الحالي يقع في ضمن إطار العلاج النفسي من دون غيره من أنواع العلاجات الأخرى فقد آثر الباحث الاقتصار على تعريفات العلاج النفسي Psychotherapy فقط.

أولاً – تعريف ولبي Wlpe ب.ت:

العلاج النفسي هو العلاج بالتشريط واستخدام المبادئ المقررة تجريبياً للتعلم وذلك بهدف تغيير السلوك غير المتوافق (خليل،1987: 6).

ثانياً– تعريف زهران 1978:

العلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض، وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكاناته على خير وجه ومساعدته في تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي، بحيث يصبح المريض أكثر نضجاً وأكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل (زهران، 1978: 197).

ثالثاً- تعريف دافيدوف 1980:

العلاج النفسي Psychotherapy هو استخدام طرائق المعالجة النفسية بقصد مساعدة الأفراد المضطربين عقلياً، وهو محاولات لبناء الخبرات التي من شأنها تمكين المريض من مسايرة الحياة بطريقة أكثر بناءً وإرضاءً (دافيدوف،1988:701).

رابعاً- تعريف الدباغ 1980:

العلاج النفسي هو استخدام علمي لنظريات علم النفس الحديثة وتطبيقاتها، لتغيير سلوك الفرد وأسلوب تعامله مع العالم الخارجي وشعوره تجاه ذاته، بما يحقق له وللآخرين من علاقات أكثر انسجاماً وراحة، ومن دون اللجوء إلى وسائل جسمية أو قسرية، وبجو من الحرية التامة (الدباغ،1980 :10).

خامساً- تعريف طه (ب.ت):

علاج المرضى النفسيين باستخدام أساليب نفسية بحتة (أي من دون استخدام عقاقير أو صدمات كهربائية أو جراحية). سواء قام بهذا النوع من العلاج محللون نفسيون أم معالجون نفسيون ينتمون إلى مدارس علمية مختلفة، ومن أساليبه الإيحاء والتطهير والإقناع العقلي والاستبصار (طه وآخرون، ب.ت :302).

سادساً- تعريف عباس 1983:

العلاج النفسي هو طريقة علاجية للاضطرابات النفسية أو الجسدية، باستخدام الوسائل النفسية المختلفة مثل العلاقة بين المعالج والمريض، التنويم، الإيحاء، إعادة التربية، الصدمات الكهربائية والعقاقير والجراحة ... وغير ذلك من الوسائل العلاجية (عباس1983 :148-149).

سابعاً- تعريف كمال 1988:

العلاج النفسي بمعناه العام عملية يقوم بها المعالج على جميع المستويات بشكل تلقائي، وهي عملية متصلة اتصالاً وثيقاً بطبيعة العمل العلاجي وبشخصية المعالج وبسمعته، ومعظم حالات المعالجة الطبية، إن لم تكن كلها، تتضمن عاملاً من عوامل

العلاج النفسي سواءً أدرك ذلك الطبيب أم لم يدركه، وسواءً سعى إليه أم لم يسع (كمال،1988: 450).

ثامناً– تعريف ستور Storr 1991:

العلاج النفسي هو فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية، يشارك فيه فردان فقط المريض والمعالج ، ومن أبرز نتائجه فهم المريض للأساس المرضي النفسي لأعراضه، واتخاذ وجهة جديدة في طريقة التعامل مع الحياة والناس (ستور،1991: 4،207).

تاسعاً– تعريف سلامة 1991:

العلاج النفسي علاقة مهنية بين المعالج والعميل الذي يواجه محنة ما، ويتعلق بالدرجة الأولى بتقديم الخدمات النفسية لأشخاص يعانون من اضطرابات انفعالية، وعادة ما تقدم هذه الخدمات عند مستوى أكثر عمقاً من خدمات الإرشاد النفسي، ويتم فيها استكشاف طبيعة هذه الاضطرابات، كما تهدف إلى تغيير محددات هذه الاضطرابات خلال عملية التعرف على القوى التي لا يعيها الفرد في نفسه مما يؤدي إلى تحرره من المشاعر والانفعالات التي تقف عقبة في سبيل توافقه الشخصي (سلامة،1991: 34-35).

عاشراً– تعريف الجمعية النفسية اليمنية 1994:

العلاج النفسي هو: علاج الاضطرابات النفسية بالطرائق السيكولوجية العلمية المختلفة مثل العلاج النفسي السلوكي، والعلاج النفسي التدعيمي، والعلاج النفسي الفردي والجماعي، والعلاج النفسي الأسري، وغير ذلك من أنواع العلاجات المختلفة للأنماط المنهاجية في المجال الإكلينيكي من دون اللجوء إلى استخدام الوسائل الفيزيائية كالهزات الكهربائية، أو أساليب السحر والشعوذة (الجمعية النفسية اليمنية،1994: 112).

حادي عشر– تعريف الحفني 1995:

هو علاج الاضطرابات النفسية أو العقلية الذي يقتصر على غير الوسائل الطبية أو الطبيعية، كالتحليل والإيحاء والتنويم والإقناع وإعادة التعلم وإعادة الإشراط والتنفيس وغير ذلك، ولا يدخل في ضمن مفهوم العلاج النفسي العلاج بالعقاقير أو بالصدمة أو بالجراحة (الحفني،1995ب :1010).

ثاني عشر– تعريف الموسوعة العربية العالمية 1996:

معالجة الاضطرابات الذهانية والانفعالية باستخدام وسائل علم النفس، وتنطوي المعالجة النفسية في معظم الحالات على تبادل الحديث بين المعالج ومريض أو أكثر (الموسوعة العربية العالمية،1996 :336).

الاستنتاجات:

يستنتج مما سبق من تعريفات العلاج النفسي ما يأتي:

1- هو نوع من العلاج يستخدم طرائق عدة، منها التحليل النفسي والعلاج السلوكي والمعرفي والتنويم الإيحائي والأسري والتدعيمي.

2- يستهدف علاج الاضطرابات النفسية والعقلية والجسدية والانحرافات السلوكية.

3- يساعد الفرد على التوافق النفسي والاجتماعي والعام.

4- إنه عملية تبصير المريض بالأسباب الشعورية واللاشعورية لأعراضه المرضية ومساعدته على اتخاذ طريقة جديدة في التفكير.

5- إن طرائقه تختلف باختلاف المدرسة التي ينضوي تحتها.

6- إن لشخصية المعالج وطبيعة العمل العلاجي أثر كبير في إنجاح العلاج النفسي.

7- يمكن أن يقوم به معالج واحد أو فريق علاجي لشخص واحد أو لمجموعة من الأشخاص.

8- إنه أكثر عمقاً من الإرشاد في تغيير أو تحرير المريض من المشاعر والانفعالات التي تقف عقبة أمامه.

9- إنه تطبيق مبادئ التعلم لتغيير السلوك غير المتوافق.

التعريف النظري للعلاج النفسي:

عرف الباحث العلاج النفسي تعريفاً نظرياً بأنه: "عملية علمية منظمة يقوم بها المعالج النفسي، خدمة لمن يعانون من الاضطرابات النفسية، والعقلية، والمشكلات السلوكية، مستعيناً بكل ما يمكنه من وسائل، بهدف إعادة التوافق والانسجام والصحة النفسية للمضطرب، منطلقاً من نظرة كلية وفهم عميق لكون الإنسان وحدة نفسية جسمية روحية اجتماعية".

ب – التنويم الإيحائي Hypnosis:

أولاً– تعريف كان Kahn 1945:

يعرف بأبسط صوره، أنه النوم من خلال الإيحاء. ويختلف عن اليقظة في النوع والدرجة أيضاً، إنه شكل من أشكال الإيحاء المتطرف يطبق من دون تدخل العقل الشعوري، يكون به المفحوص في حالة سلبية شبيهة بالنوم، وهذه إحدى أساسياته. أو هو الحث أو الإخضاع التدريجي للحالة الجسمية والعقلية التي يحدث بها تضييق للمجال الشعوري للفرد إلى فكرة واحدة أو موضوع واحد (Kahn,1945: 40-41,142).

ثانياً– تعريف شور Shor 1959:

هو شكل خاص من الغشية Trance تتطور في الحضارة الغربية، ويتم تحقيقه من خلال إثارة دافعية المفحوص، ويتميز بإنتاج شكل خاص وجديد من الوعي من خلال الاستغراق في العملية التنويمية، وهو ربط غير ظاهر بين الغشية ولعب الدور (Shor,1959 :255).

ثالثاً– تعريف إلمان Elman 1964:

هو إجراء فريد يقوم به شخص متخصص، من خلال طريقة اتصال معينة ما بين المنوم والمفحوص، يكون فيها المفحوص غير خائف أو مرتبك، وواثق من المنوم (Elman,1964 :XII).

رابعاً- تعريف إريكسون 1967 Erickson:

هو أسلوب علاجي جيد، يقدم به أحد الأفراد من خلال جلسة مخصصة جهوده للمريض، بغض النظر عما إذا كان هذا المريض كبيراً أو صغيراً، لإنجاز حاجات من خلال استجابة المريض للمثيرات والأفكار، وكذلك تحقيق إنجازات جديدة (Haley,1967 :423).

خامساً- تعريف هيلجارد 1971 Hilgard:

هي العملية التي يقوم بها المنوم باستخدام أية طريقة تساعد الفرد على الاسترخاء وتدريب خياله، وتقوده إلى حالة يتحكم بها المعالج أو يفرض بعض تحكمه على النائم، وتجعله يتقبل بعض تحريفات الواقع .(Hilgard,1971:173).

سادساً- تعريف ماجونيت 1972 Magonet:

هو القبول بإيمان لفكرة ما، فعندما يكون الشخص منوماً يكون في حالة من زيادة القابلية الإيحائية، لذلك يكون مستعداً لقبول الأفكار وبإيمان عميق وأن إعادة الإيحاء يسبب ردود أفعال تطويعية (شرطية) (Magonet,1972 :17).

سابعاً- تعريف هيلجارد 1976 Hilgard:

التنويم الإيحائي حالة وعي متغيرة، يفقد فيها النائم روح المبادرة والرغبة في التصرف بشكل مستقل تترك فيها وظيفة التخطيط للمنوم، ويعاد فيها تنظيم مدى تركيزه ؛ وتصبح قدرة الملاحظة لديه خاضعة لمتطلبات المنوم(Sheehan & Perry, 1976 :46) .

ثامناً- تعريف جين 1978 Jean:

التنويم الإيحائي هو حالة من تغير الوعي المحدثة لدى الشخص من خلال تطبيق تقنية معينة (Jean,1978, p.95).

تاسعاً – تعريف هيربرت وسبيجيل 1978 Herbert & Spiegel:

هو القدرة على الاستجابة ببراعة لحالة مفردة من اليقظة والتقبل البؤري العالي، وإضعاف (تقليل) الوعي الخارجي (Herbert & Spiegel,1978 :22).

عاشراً – تعريف بويسيكور possiskor (ب.ت):

التنويم الإيحائي أو الغشية التنويمية حالة شبيهة بالنوم، يمكن إحداثها عند إنسان واعٍ تماماً، تكون في أثنائها أفكار وتصرفات المريض خاضعة لتوجيهات ممارس التنويم (جهشان،1983 :29).

حادي عشر – تعريف وارن 1982 Warren:

التنويم الإيحائي حالة صناعية، تشبه النوم عادة، لكنها تختلف عنه فسلجياً، وتمتاز بقابلية عالية على الإيحاء (ماكلير،1982 :135).

ثاني عشر – تعريف الجوهري 1988:

التنويم هو حالة عادية متغيرة للوعي تشبه اليقظة لكنها ليست الشيء ذاته، وتحدث بوجود شرطين أولهما: مركز لتوجيه الانتباه، وثانيهما: عزل المناطق المحيطة به، وتنتج حالة التنويم بدورها من ثلاثة أشياء: زيادة تركيز الذهن – زيادة استرخاء الجسم – زيادة القابلية على الإيحاء (الجوهري، 1988 :165).

ثالث عشر – تعريف أيزنك 1988 Eysenck*:

أنه مقدرة الفرد على توجيه كل قوته العصبية في أقل عدد من قنواته العصبية، ومن ثم تخفف مقاومته ويسهل مرور طاقته العصبية (الجوهري،1988 :165).

* أعتمد تاريخ نشر المصدر لعدم ذكر تاريخ التعريف فيه.

رابع عشر – تعريف كيلستروم Kihlstrom 1990:

التنويم الإيحائي تفاعل اجتماعي بين شخصين هما المنوم والنائم، يستجيب فيه النـــائم لإيحاءات المنوم المشتملة على تغـيرات فــي الإدراك والذاكــرة والتصــرف الطوعــي (Hilgard, et al, 1990 :317).

خامس عشر – تعريف الجمعية الطبية البريطانية 1992:

التنويم الإيحائي هو حالة عابرة من الانتباه المعدل لدى الفـــرد، يمكــن أن يحدثــها شخص آخر ويمكن خلالها لظاهرات شتى أن تبدو تلقائياً، أو استجابة لمنبهات لفظيـــة أو غير لفظية. وتنطوي على تغير في الشعور والذاكرة، وعلى قابلية متعاظمة على الإيحـاء، وظهور استجابات وأفكار لدى الفرد ليست مألوفة لدى ذهنيته الاعتيادية. وفضلاً عن ذلـك أن ثمة ظواهر كالتخدير والشلل والتصلب العضلي، ويمكن إحداث أو إلغاء التغيرات فــي الأعصاب التي تحرك الأوعية في حالة النوم الإيحائي (شرتوك، 1992 :34-35).

سادس عشر – تعريف الحفني 1995:

هو حالة شبيهة بالنوم، أو هي نوم متوهم يستحدث بالإيحاء، وعلى الرغم من النـــوم الظاهر، فإن ذهن المنوَّم يظل يعمل ويتوجه تفكيره وانتباهه إلى نواح معينة يتحدث عنـــها إلى المنوم ويجيب عن أسئلته ويكشف عن الكثير مما يخفيــــه وهــو يقظــان (الحفنــي، 1995ب:973).

سابع عشر – تعريف معهد الطب العالي الروسي 1996:

هو حالة نفسية عصبية نوعية خاصة تنشأ نتيجة التأثير السايكولوجي الهادف، وتتميز جوهرياً عن النوم وعن اليقظـــة. فالزيـــادة الكبـــيرة فـــي إدراك واســـتيعاب العوامــل السايكولوجية في النوم المغناطيسي التجوالي تقترن بالانخفاض الحاد إلى درجة الاختفـــاء الكامل لإدراك الاحساسات الأخرى في العالم الخارجي عـــن طريـــق أجـــهزة الحـــواس (روجنوف وروجنوفا، 1996 :287).

ثامن عشر – تعريف الموسوعة العربية العالمية 1996:

حالة شبيهة بالنوم وهي ظرف مؤقت ينطوي على تغيير انتباه الفرد كجزء طبيعي من السلوك الإنساني، تستخدم علمياً في علاج المرضى عضوياً ونفسياً (الموسوعة العربية العالمية،1996 :265).

تاسع عشر – تعريف النابلسي 1998:

هو حالة نفسية فزيولوجية، تمثل شكلاً خاصاً من أشكال الوعي، تتميز بإعادة الأنماط البدائية للسلوك المتبدية منذ عهد الطفولة الأولى (النابلسي، 1998 :115).

عشرون – تعريف عمارة 1999:

إحداث حالة تنويم شبيهة بالنوم نتيجة إطفاء جذوة مقاومة الوعي بالإيحاء النفسي، وإيجاد مرحلة من انخفاض درجة الوعي نتيجة المؤثرات النفسية الرتيبة والمنظمة بصورة خاصة ذات علاقة وثيقة بين العقل والجسم، وهي ليست نوماً طبيعياً يمر بمراحل التدرج المعروفة، بل هي حالة فسلجية متميزة تحت ظروف خاصة (عمارة،1999 :9).

الاستنتاج:

1- إن التنويم الإيحائي حالة شبيهة بالنوم لكنه يختلف عنه فسلجياً.
2- يتم بطريقة فنية من المنوم الإيحائي.
3- يتم فيه تركيز انتباه المريض نحو فكرة أو حالة واحدة.
4- هو عملية أو أسلوب علاج نفسي لعلاج الاضطرابات النفسية عضوياً ونفسياً.
5- يتأثر بزيادة التركيز الذهني والاسترخاء الجسمي والقابلية على الإيحاء.
6- يمكن بواسطته إحداث أو إلغاء ظواهر كالتخدير والشلل والتصلب العضلي والتغيرات في الأعصاب التي تحرك الأوعية.
7- هو حالة من حالات التفاعل الاجتماعي يستجيب فيها النائم لإيحاءات المنوم الإيحائي.
8- هو حالة نفسية عصبية نوعية خاصة نتيجة التأثير النفسي.

التعريف النظري للتنويم الإيحائي:

وفي ضوء التعريفات السابقة والإطار النظري المعتمد وضع الباحث تعريفاً نظرياً للتنويم الإيحائي بأنه: "حالة وعي متغيرة، تشبه النوم وتترافق بانحسار مدى الانتباه، تكُف أو تقلل فيه الطاقة النفسية اللازمة لأية فعالية جسمية أو نفسية أو ذهنية، وتركز تركيزاً بؤرياً عالياً على فعالية أو أمر واحد في وقت واحد فيستغرق معظم طاقته، مما ينتج من ذلك فعالية عالية في تقبل إيحاءات وإيعازات المنوم وتنفيذها، إلى الحد الذي تحدث في النائم تغييراً جذرياً في جوانب عميقة من الوعي والشخصية والسلوك الآني واللاحق".

ج- الاضطرابات التحولية Conversion Disorders:

أولاً- تعريف دالستروم وآخرين Dahlstrom, et al 1972:

عملية استعمال الدفاعات العصابية للشكل التحولي للاضطراب المتمثل باستعمال الأعراض الجسمية لتعني حلاً للصراعات الصعبة أو تجنباً للمسؤوليات الناضجة. وان هذاالالتجاء إلى الاضطراب الجسمي قد يظهر فقط تحت ظروف الضغط (Dahlstrom. et al, 1972 :191).

ثانياً- تعريف الدباغ 1974:

رغبة لا شعورية بالمرض ترمز إلى التعبير عن موقف عاطفي يتضمن الكسب ولفت الأنظار (الدباغ،1974 :154).

ثالثاً- تعريف فانتينو Fantino 1975:

رغبة الفرد في التعبير عن أفكاره وتجنب أفعال معينة بتحويلها إلى عجز جسدي أو عضوي ؛ ويجنبه هذا السلوك مواجهة المواقف المخيفة أو يجنبه تنفيذ أفعال معينة (Fantino,1975 :75).

رابعاً– تعريف لويس ولويس Lewis & Lewis 1975:

هو مصطلح استعمل بشكل عام خلال الربع الأول من القرن العشرين وحالياً تقسم إلى الاضطرابات التحولية والتفككية (الانفصالية) وهي تشير إلى الأمراض التي تسببها الصراعات العاطفية التي تتميز بقلة النضج الانفعالي، والاندفاعية، والاتكالية (الاعتمادية)، والبحث عن الانتباه (Lewis & Lewis,1975 :113).

خامساً– تعريف كابلان Kaplan 1979:

هي عملية تحويل التعقيدات النفسية إلى شبه أعراض جسمية باستعمال لغة الجسد مثل العمى والشلل التحولي. التي لا تنضوي تحت أي سبب عضوي. والآلية الدفاعية التي تتحدد بها هي الكبت الذي يكون هنا أكثر شمولية من غيرها من العُصابات (Kaplan, 1979 :186).

سادساً– تعريف عكاشة 1984:

مرض عصابي أولي، يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لاشعورية، ويكون الدافع في هذه الحالة الحصول على منفعة خاصة، أو جلب الاهتمام، أو الهروب من موقف خطير، أو تركيز الاهتمام على الفرد حماية له من الإجهاد الشديد (عكاشة،1984 :56).

سابعاً– تعريف إبراهيم 1986:

اضطرابات تأخذ أشكال شكاوٍ جسمية لا أساس فعلي لها يمكن للطبيب علاجه. دافعها الرئيس هو الهروب من مصادر القلق والخوف، بالاستجابة اللاواعية للمرض الجسمي والضعف. وتكون الأعراض بديل غث وغير ناضج وغير ذكي للمواجهة التوافقية للحياة ومشكلاتها، وتحدث من دون تحكم المريض أو وعيه، ولها ــ غالباً ــ هدف ثانوي فهي تساعد الشخص على تجنب المشكلات، وتجعله مركزاً للاهتمام والرعاية، وتبعده عن التفكير في المصادر الحقيقية للقلق والإحباط (إبراهيم،1987 :424-426).

ثامناً– تعريف منظمة الصحة العالمية WHO 1986:

الاضطرابات التي تطلق على نحو واسع من الاضطرابات التي تنطوي ضمناً على معنى الانفعال غير المريح الذي تحدثه المشكلات والصراعات التي يتعذر على المريض حلها فتتحول إلى أعراض مرضية (WHO,1986).

تاسعاً– تعريف كمال 1988:

مرض من الأمراض النفسية يقع عادة عند أولئك الذين يتصفون بخصائص شخصية معينة تعرف بخصائص الشخصية الهستيرية، تتحول فيه رغبة الفرد في الحصول على فائدة أو منفعة من موقف ما، إلى أعراض مرضية بسبب تعذر الحصول عليها عن طريق طبيعي آخر. وتكون عملية تحويل الرغبة إلى المرض، وطريقة التحويل واختيار أعراض المرض، كلها غير واعية في ذهن المريض وإرادته (كمال، 1988: 213).

عاشراً – تعريف كمر 1988:

مرض نفسي عصابي أو حالة من حالات العصاب تظهر فيه اضطرابات انفعالية مع وجود خلل في أعصاب الحس والحركة خاصة فهي عُصابات (جمع عصاب) تتحول فيها الانفعالات المزمنة أو الضغوط النفسية إلى أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي. وقد يحصل ذلك هروباً من الصراع النفسي Mental Conflict والقلق الناجم من ذلك أو من موقف مؤلم لا يطاق بالنسبة لذات المريض من دون أن يدرك المريض بصفة جلية الدافع لذلك (كمر،1988: 15).

حادي عشر – تعريف منظمة الصحة العالمية WHO 1993:

الاضطرابات التحولية Conversion Disorders هي الاضطرابات التي يجب أن لا يكون فيها دليل على وجود اضطراب جسمي من الممكن أن يفسر خصائص أعراض هذا الاضطراب (على الرغم من أن هذه الاضطرابات الجسمية قد تظهر سابقة للأعراض الأخرى). وهناك مشاركة مقنعة في الوقت نفسه ما بين بداية أعراض الاضطراب والأحداث الضاغطة، والمشاكل، أو الحاجات (WHO, 1993: 104).

ثاني عشر – تعريف جمعية الطب النفسي الأمريكية APA 1994:

عبارة عن أعراض جسمية أو خلل يصيب الوظائف الحسية أو الحركية، توحي هذه الأعراض أنها ناتجة من أسباب عضوية (عصبية) يكون للعوامل النفسية أثر كبير في ظهور هذه الأعراض التي لا يتم إظهارها بشكل مقصود أو بصورة زائفة (DSM- IV,1994 :452).

ثالث عشر – تعريف الحفني1995:

استجابة عصابية تتصرف بها الدوافع المكبوتة إلى أجزاء من الجسم وهي وسيلة هذه الدوافع إلى التحقق ولها علاقة رمزية بالمشكلة الانفعالية التي تعسر عليه فتتعطل وظيفتها. وبهذه الطريقة يحتال المريض بأن يحتمي من القلق الذي يأخذ بخناقه كلما وجد بموقف معين أو أن يستشعر نوع التهديد الذي يخشاه ويجب أن يتجنبه، وبادعائه المرض صار موضع عناية من أقاربه ولفت انتباههم ونال عطفهم وأصبح يتحكم فيما يريدهم أن يحققوه له. (الحفني، 1995أ: 69).

رابع عشر – تعريف دمرداش 1997:

ظهور عرض واحد أو أكثر تشبه أعراض أمراض الجهاز العصبي المركزي نتيجة لصراع نفسي مع عدم وجود مرض عضوي يفسر الأعراض مثل الشلل، واضطراب المشي، وصعوبة البلع، والقي، وانحباس الصوت، والنوبات الصرعية الكاذبة، والعمى، والصمم، وفقدان الإحساس في الجسم أو الأطراف، وارتباط ظهور الأعراض بالتعرض لضغوط نفسية، أن لا يتعمد إحداث الأعراض (دمرداش،1997 :168).

خامس عشر – تعريف الصالحي 1998:

اضطراب تحولي يعني تحويلاً جسمياً لمشاكل نفسية، يظهر على شكل أعراض جسمية من دون سبب عضوي واضح لتعني حلاً رمزياً للصراعات النفسية الصعبة أو تجنباً للمسؤوليات الناضجة، وهذا الالتجاء إلى الاضطراب الجسمي يظهر في ظل ظروف ضغوط معينة فقط (الصالحي،1998 :30).

الاستنتاجات:

يستنتج مما سبق من تعريفات ما يأتي :

1- أثر العامل النفسي في الإصابة بهذه الاضطرابات.

2- أنها تصيب الأعضاء الواقعة تحت سيطرة الجهاز العصبي الإرادي.

3- أنها تمثل رغبة لاشعورية بالمرض يبغي بها المريض فائدة أو منفعة (كسب ثانوي).

4- الأعراض وسيلة لاشعورية يخفي بها المريض غرضه أو هدفه الحقيقي.

5- تصيب الأشخاص من ذوي الشخصيات الهيستيرية (التحولية).

6- تتأثر بالإيحاء بشكل كبير.

7- تمثل الأعراض رغبة مكبوتة لا يستطيع الفرد التعبير عنها إلا بهذه الطريقة.

التعريف النظري للاضطرابات التحولية:

بما أن الباحث استخدم مقياس الصالحي للهستيريا التحولية لقياس الاضطرابات التحولية (وهو المقياس الثالث من اختبار المستنصرية- مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية) لحداثته وكفاءته، فإنه تبنى تعريفه -المذكور آنفاً- أيضاً.

التعريف الإجرائي:

التعريف الإجرائي للاضطرابات التحولية يتمثل بـ: استجابات المفحوص للمواقف التي يتضمنها مقياس الاضطرابات التحولية، معبراً عنه بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص على فقرات المقياس ككل.

الفصل الثاني

الإطار النظري

القسم الأول: الاضطرابات التحولية

1- نبذة تاريخية.
2- انتشار الاضطرابات التحولية.
3- تشخيص الاضطرابات التحولية.
4- طبيعة وخصائص الاضطرابات التحولية.
5- النظريات النفسية التي تناولت الاضطرابات التحولية.
6- الاضطرابات التحولية والتنويم الإيحائي.

القسم الثاني: التنويم الإيحائي

1 - نبذة تاريخية.
2 - خصائص التنويم الإيحائي.
3- خصائص القابلين للتنويم الإيحائي.
4 - خصائص المنوِّم الإيحائي.
5 - أنواع التنويم الإيحائي.
6- طرائق التنويم الإيحائي.
7- درجات التنويم الإيحائي.
8- استخدامات التنويم الإيحائي.
9 - النظريات التي تناولت التنويم الإيحائي.

القسم الأول: الاضطرابات التحولية
Conversion Disorders

1. نبذة تاريخية

الاضطرابات التحولية والانفصالية Conversion - Dissociative Disorders أو ما كان يطلق عليه الرحام أو الهستيريا Hysteria مصطلح وضعه الطبيب اليوناني هيبوقراط Hippocrates عزى فيه الاضطراب إلى تحرك الرحم داخل الجسم، معتقداً أنه مرض يصيب النساء فقط، وظلت هذه الفكرة سائدة لمدة 2000 عام تقريباً (Millon & Millon ,1974: 236). كما ظلت محتفظةً بهذه التسمية رغم أن الدراسات العلمية الحديثة أكدت أنها اضطرابات نفسية تتحول فيها الأعراض من المجال النفسي إلى المجال الجسمي أو تتجلى بشكل انفصالي.

وإذا ما عدت الاضطرابات التحولية والانفصالية على مدى 25 قرناً أمراضاً غريبة لها أعراض غير متسقة ويصعب فهم أسبابها، فإن تفسيرات أسبابها كثرت على مر الأزمان وانشغل بها الكثيرون في تاريخ العلاج، وكان أبرز من عنى بدراستها هم جالين (Galen) الذي توفى عام 200 ق م وسيدنهام (Sydenham 1624–1689) وشاركو (Charcot 1825-1893)وباير(Pierre 1859-1947) وأخيرا فرويد-(Freud (1856 1939)ولعل الأخير هو أول من درسها وفق الفهم العلمي الحديث (كاشدان،1977:146) (Ellenberger1970 :23) (Merskey,1986 :301).

ومما ينبغي التنويه إليه أن الهستيريا (الرحام) أو الاضطرابات التحولية والانفصالية اصطلاح اشتق من كلمة الرحم وهي باليونانية Hystera وكان هيبوقراط هو الذي أطلق المصطلح معتقداً أن أعراض الرحام تنجم عن تجوال رحم الأنثى في مختلف أنحاء الجسم، فأينما حل نتجت عنه أعراض في تلك المنطقة (الجبوري،1994 :20). وهكذا عد الطب اليوناني والروماني الهستيريا مرضاً يصيب النساء فقط، وإن الرحم إذا تجول في البطن أصيبت المرأة بخلجات صرعية وتشنجات، وإذا ما صعد إلى أعلى حيث القلب

والرئتين شعرت المريضة بالاختناق والحصر والقيء، وإذا ما جاء إلى الكبد فقدت المريضة صوتها وتبدل لونها، وإذا ما صعد إلى الدماغ سبب صداعاً وآلاماً في الأنف وحول العينين وأدى إلى الخمول، ولذلك أصبح العلاج في ذلك الوقت هو إرجاع الرحم *إلى محله الأصلي بواسطة العطور والعقاقير النباتية (عكاشة، 1984 :58-59). وإذا ما* كانت البداية التاريخية للاضطرابات التحولية ترجع إلى التاريخ اليوناني، فإن المرض بأشكاله المعروفة قد وصف قبل ذلك بقرون طويلة (الجبوري،1994 :21). مما يدل على أنها اقدم الأمراض النفسية التي اكتشفها الإنسان، إذ جاءت أوصافها في أوراق البردي الفرعونية التي يرجع تاريخها إلى عام 1900 ق م ولكنها ذكرت تحت عنوان (أمراض الرحم)، (عكاشة،1984 :57). مما يدل على أن التفسيرات التي ذكرها الأطباء اليونانيين مستمدة من مصر أصلاً.

وفي العصور الوسطى كان التفسير العام لكل الأمراض النفسية والعقلية، هو حلول الأرواح الشريرة في جسد المريض، وأن الشيطان والسحرة والساحرات يلعبون الدور الحاسم في إحداثها، وكان المريض يتعرض لشتى صنوف التعذيب والقسوة من أجل طرد الروح الشريرة منه، وكثيراً ما انتهى الضرب والجلد والاضطهاد إلى قتل المريض (الزيادي، 1969: 175). ويعزز المشعوذون خرافة التلبس (أي أن فلاناً تلبسه شيطان) أو الخبطة (خبطة جني أو عفريت) في أذهان العامة من الناس للاضطرابات العقلية والنفسية من قبيل الصرع والاضطرابات التحولية مثلاً. فشاعت بين الناس مفردات " ممسوس " و " مخبوط " و " متلبس " كمجالات للشذوذ في السلوك، وهي نتيجة حتمية للتخلف أينما حصل (صالح،1997).

وكان اشهر من اقترن اسمه بعلاج الاضطرابات التحولية " الهستيريا " هو فرانز انتون مسمر (1733-1815). وفي بداية العصر الفلسفي والعلمي تبددت الأفكار الخرافية عن الاضطرابات التحولية وأعلن شارل ليبو Charles Lepois أن الاضطرابات التحولية أمراضاً دماغية تصيب كلا الجنسين، إذ عرف الكثير عن الجهاز العصبي للإنسان في النصف الثاني من القرن التاسع عشر، لكن ليس بالشكل الذي يكفي للكشف عن الأساس العضوي لكل حالات السلوك الشاذ في الاضطرابات العقلية. وتوالت الاكتشافات العلمية

لأمراض عضوية أخرى وبسبب هذه الاكتشافات ساد النهج العضوي في البحث عن أسباب الأعراض العقلية علم النفس السريري حتى القرن العشرين، وبدأ في أوربا وبالذات في فرنسا والنمسا اتجاه جديد هو الاتجاه النفسي الذي يعزو نشوء الأمراض العقلية إلى أسباب نفسية، ربما لأن الكثير من الناس في أوربا كانوا يعانون من الاضطرابات التحولية conversion disorders ومن اضطرابات التحول في المزاج (صالح،1997).

وظهر طبيب أعصاب فرنسي ذاع صيته في هذا الميدان هو مارتن شاركو الذي عالج ليس فقط حالات الشلل التحولي، بل وحالات العمى والصمم وفقدان الذاكرة الناتجة عن أسباب تحولية (صالح،1997). وأصبحت الاضطرابات التحولية الموضوع الأساس في دراسة شاركو Charcot أستاذ فرويد وجانيه، إذ اعتقد شاركو أنها اضطرابات نفسية تحدث عند ذوي الاستعداد للإصابة بها، وأن بالإمكان علاجها بالإيحاء والتنويم (الجبوري،1994 :21). وظهر تلميذ لامع لشاركو هو جان جانيه الذي عد من أبرز العلماء والمفكرين في تاريخ علم النفس والطب النفسي الحديث، وقدم نظرية في التحليل النفسي والعصاب والجنس واللاشعور (صالح،1997). بيد أن فرويد وزميله بروير Breure هما أول من درس الاضطرابات التحولية (الهستيريا) دراسة مستفيضة نجم عنها كتابهما الأول دراسات في الهستيريا Studies in Hysteria عام 1895 بينا فيه أن لها علاقة بالصدمات النفسية، والعرض التحولي عند فرويد هو مظهر رمزي لنوع كامن من الصراع لم يجد حلا بعد، أو نوع من الصراع يتصل بواقعة تهديد جنسي حدثت في الطفولة، وعادة ما تكبت هذه الحوادث في اللاشعور، وتعالج هذه الاضطرابات بواسطة التحليل النفسي والتداعي الحر، وبهذا كانت الموضوع والظاهرة النفسية الأولى التي استرعت انتباه فرويد فضلاً عن أنها كانت اللبنة الأولى في نظرية التحليل النفسي (الجبوري،1994 :22).

ولم تؤثر نظرية فرويد في ميدان علم النفس السريري والتحليل النفسي فحسب، وإنما في ميادين الفكر البشري بشكل عام. وكان فرويد قد ابتكر طريقة التطهير Cathartic method " أو التنفيس ". وانتشرت آراء فرويد وآراء زملائه " يونج وادلر وآخرين " إلى جميع أنحاء العالم. وحمل أدولف ماير، وهو سويسري الأصل هاجر إلى الولايات المتحدة

آراء فرويد وتقدم بنظريته النفس دينامية *Psychobiological* عن الأمراض النفسية، التي أوضح فيها أن المريض وحدة بذاتها ينبغي دراستها من جميع النواحي النفسية والجسمية والاجتماعية (صالح،1997). وتجدر الإشارة إلى أن المدارس النفسية فسرت نشوء الاضطرابات التحولية تفسيرات مختلفة، ومن هذه المدارس مدرسة التحليل النفسي، والسلوكية، والمعرفية بوصفها المدارس المؤثرة حالياً في الفكر النفسي (الجبوري،1994 :35). أما علاج الاضطرابات النفسية فقد دخل في النصف الأول من القرن العشرين باباً جديداً واسعاً باستعمال الأدوية المهدئة الحديثة، والصدمات الكهربائية، بيد أن أهم تطور حدث في النصف الثاني من القرن العشرين في ميدان علم النفس السريري، هو أن التوتر والتعصب بين المدارس المختلفة قد خفت حدته. وظهرت نظريات جديدة في التعلم ومدارس من بينها المدرسة السلوكية والمدرسة الظواهرية، وعلم النفس الوجودي، وشبه مدرسة تفضل (الأسلوب الانتقائي Eclecticism) الذي يجمع بين كل ما يتلاءم وينسجم من أساليب بغض النظر عن انتماءاتها النظرية، مادام القصد هو تحقيق الشفاء للمريض (صالح،1997).

أما في الوقت الراهن فقد وردت هذه الاضطرابات في التصنيف العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية المعد من قبل منظمة الصحة العالمية ضمن فئة الاضطرابات التفككية التحولية F44 Dissociative (WHO,ICD-10 ,1993:102) (conversion) disorders). إذ يشير الإحجام عن استعمال مصطلح "هستيريا" إلى أن هذه الاضطرابات تعود في الحقيقة إلى جذور نفسية خاصة بالفرد، تتفرع منها طريقة تعامل هذا الفرد بالذات مع أحداث تؤلمه أو مشكلات تؤلمه لا يمكنه حلها أو تحملها (دويدار،1994 :313).

2 انتشار الاضطرابات التحولية

عرفت الاضطرابات التحولية منذ قرون خلت، كما أن أعراضها كثيرة ومتنوعة وبإمكانها التشبه بأي عرض من أعراض الأمراض البدنية، وتصيب أي جزء من أجزاء

الجسم دون استثناء، وبسبب تنوعها وشدتها فإنها تعد فخاً للأطباء الذين يقومون بالتشخيص (العوادي،1992: 197).

وليست هذه الاضطرابات بأقل الاضطرابات النفسية انتشاراً، إذ تحتل مرتبة متقدمة من الاضطرابات في نسبة انتشارها، فلقد أشارت العديد من الأدبيات والدراسات السابقة إلى أن نسبة انتشارها 10% من الاضطرابات النفسية جميعها (Colarusso & Nemivoff,1981: 246) إلا أن دراسات أخرى توصلت إلى نسبة أعلى من ذلك فقد أشارت إلى أن الاضطرابات التحولية والانفصالية تنتشر بحوالي 20 –21% من الحالات النفسية المرضية (يعقوب،1994 :46) (دويدار،1994 :378). وتشير إحدى الدراسات التي تناولت انتشار هذا الاضطراب أن الاضطرابات التحولية تصيب الإناث والذكور كليهما وفي مختلف الأعمار، إلا أن إصابات الإناث تبلغ ضعف إصابات الذكور تقريباً (Hill,1961 :987).

ويرى الرفاعي أن السبب في ذلك هو أن المرأة تميل إلى استعمال وسائل سلبية اتكالية في الهروب من الصعوبات التي تواجهها، يضاف إلى ذلك أن أغلب الثقافات البشرية لا تزال تفرض على المرأة كبت رغبتها الجنسية وشؤونها أكثر مما تفرض ذلك على الرجل (الرفاعي،،1969 :329). وأيدت دراسة هولندر Hollender 1980 هذا الرأي فقد أشارت إلى أن 75% من حالات الاضطرابات التحولية كان المصابون بها من الإناث، أي أن إصابة الإناث تبلغ ثلاثة أمثال الذكور، ويرى كلوراسو ونيميفوف 1981 Colarusso & Nemivoff أن سبب تفشي الإصابة بين الإناث بهذا الاضطراب أكثر من الذكور، هو تعزيز الأدوار الاتكالية إلى حد كبير لدى النساء (Colarusso & Nemivoff,1981 :246).

أما الدراسات التي تناولت انتشار هذا الاضطراب بين الطبقات الاجتماعية المختلفة فقد توصلت إلى نتائج متباينة، فقد ذكرت بعض الدراسات أن هذه الاضطرابات تكثر في الطبقات العليا، بينما ذكر البعض الآخر من الدراسات أن هذه الاضطرابات تكثر في الطبقات الاجتماعية الدنيا، في الوقت الذي أشارت فيه دراسات أخرى إلى أن هذه الاضطرابات تكثر في الطبقات الدنيا والعليا فقط. إذ يقول عكاشة 1984 إن الدراسات

الميدانية الإحصائية دلت على زيادة نسبة الإصابة بين أفراد الطبقات العليا في المجتمع، وتزيد الاستجابات التحويلية عند الطبقة المحصورة بين الطبقة المتوسطة والطبقة العليا (عكاشة،1984 :83).

في حين ذكرت دراسات أخرى غير ذلك فقد ذكرت أن الاضطرابات التحولية تكثر في الطبقات الاجتماعية الدنيا (الفقيرة) والمتوسطة، ونسبياً أقل وجودا في الطبقات الاجتماعية ذات المستوى التعليمي الجيد، فكلما قلت ثقافة المريض وخبرته جاء المرض أكثر مبالغة في مظاهره، بعيداً عن مطابقته للأمراض الجسمية (Gordon,1963 :341) (كمال،1983 :203) (العوادي،1992 :97). إذ أن الأعراض البدنية للاضطراب تعتمد على ثقافة المرء الصحية، فالشلل مثلا يحدث استنادا لتوزيع الأعصاب المصابة حينما يكون الشلل بسبب عضوي، إلا أن الشلل التحولي لا يخضع لهذا التوزيع إذ يجهل المريض هذا الأمر فقد يصاب بالشلل في ذراعه من حد الكم القصير للقميص وحتى نهاية الأنامل. ومثل هذا الشلل التحولي لا ينسجم طبعا وتوزيع الممرات العصبية، أو تركيب العضلات وظهوره لدى المضطرب يدل على افتقار المضطرب للمعلومات الصحية الصحيحة (الجبوري،1994 :27).

أما انتشار هذا الاضطراب من حيث المرحلة العمرية فقد أشارت المصادر أن الاضطرابات التحولية من الممكن أن تحدث أو تصيب الأعمار جميعها، لكنها تكثر في مراحل العمر الحرجة وبخاصة عند الشباب والمراهقين وبين الشيوخ العاجزين (العوادي،،1992 :97). ومع ذلك فان الأطفال لم يسلموا من الإصابة بهذا الاضطراب. فقد كثرت الأخبار عن أعراض تحولية لدى أطفال لا تتجاوز أعمارهم السبع سنوات، ويوجد عرض تحولي شائع لدى الأطفال هو ما يسمى (صداع الساعة التاسعة Nine Oc`lock headache) وهذا العرض يعد من اكثر الأعراض شيوعا لدى الأطفال الذين يتهربون من المدرسة بادعائهم الصداع (Shaffer & Shoben,1956 :25) . بينما يدعوها البعض من الأطباء النفسيين بـ (لغويات الأطفال) أو ما يسمى متلازمة الطفولة Childhood syndrome التي تتميز بنسبة عالية من حالات التقيؤ (فراج،1966 :132) (Ulimann,1965 :364).

ومن بين الأعراض التحولية التي تمت ملاحظتها لدى الأطفال هي الشلل والارتعاش والخدر أو فقدان الإحساس، اللزمات، التقيؤ. وقد حدثت زيادة في ردود الأفعال مع تغير شكلها بعض الشيء كالتغير الذي يحدث في خصائص الشخصية، والتغير في الاستجابات الطبيعية مثل شدة الإثارة، والقابلية للإيحاء، والميل نحو الانفجارات العاطفيةEmotional Outbursts . (Sarason,1986 :398) (Wong,1986 :752).

أما الدراسات التي تناولت انتشار هذا الاضطراب بين العسكريين فقد توصلت إلى نتائج متباينة. ففي إحدى الدراسات التي تناولت انتشار هذا الاضطراب في الثكنات العسكرية وجدت تغيراً جوهرياً في نفسية الجنود بين الحربين العالميتين الأولى والثانية. إذ وجدت في شكوى الجنود في الحرب العالمية الأولى أشكال متنوعة من الأعراض التحولية التي تركزت حول الجهاز القلبي الوعائي، وهذه الأعراض كانت متنوعة في أسمائها مثل تناذر أو متلازمة الجهد Effort syndrome، قلب الجندي ، أما في الحرب العالمية الثانية فقد تركزت الشكوى الرئيسة للجنود حول الجهاز المعدي المعوي Gastrointestinal، مثل الإسهال، والغثيان، والمغص، وفقدان الشهية، وفشلت البحوث الطبية في الكشف عن الأساس الجسمي العضوي لهذه الشكوى، وهذا يدل على أن للضغوط النفسية علاقة مباشرة بالإصابة بهذا الاضطراب(Wallen,1956 :183) .

ومما ينبغي التنويه إليه أن الدراسات التي تناولت انتشار هذا الاضطراب لدى مراجعي العيادات الخارجية وبين الراقدين في المستشفيات، فقد توصلت إلى نسب مختلفة أيضاً، إذ توصلت دراسة بب وجوز Bibb & Guz 1972 إلى أن ما يقرب من 15% من المرضى الراقدين في المستشفيات يعانون من الإصابة بالاضطرابات التحولية (Merskey,1986 :24).

أما دراسة لازار Lazare 1981 فتوصلت إلى نسبة أعلى من ذلك إذ وجدت أن (20%-25%) من المرضى الراقدين في المستشفيات لديهم أعراض اضطرابات تحولية (Wilson,1988 :338). في حين أن دراسة فارلي Farley ,1968 ودراسة فولكس 1984 Folks توصلتا إلى نتائج متقاربة بين مراجعي العيادات الخارجية في المستشفيات، فقد توصلت الدراسة الأولى منهما إلى أن 5.11% من المرضى من مراجعي العيادات

الخارجية مصابون بأعراض الاضطرابات التحولية، وأما الدراسة الثانية فقد وجدت في عينة مؤلفة من 1000 استشارة طبية نفسية في أحد المستشفيات، أن شيوع الاضطرابات التحولية كان يقارب الـ(5 %) (Merskey,1986 :24).

وتوضح دراسة فورد وفولك 1965 Ford & Folk السبب في توصل الدراستين أعلاه إلى نسبة قليلة في انتشار هذا الاضطراب هو أن البحوث حول هذا الموضوع قد تركزت على الصورة النادرة والشاذة للاضطرابات التحولية، ولهذا السبب يُعتقد أن نسبة انتشارها قليلة في حين أن انتشارها الحقيقي أكثر مما ذكر (Willson,1988 :336).

ويبدو أن الأعراض التحولية قلت في البلدان الصناعية في الربع الأخير من هذا القرن، ولم تعد تظهر إلا نادرا وفي أوساط الثقافات الفرعية كما قلّت الأعراض التحولية في الغرب لدى المرضى في المراكز الحضرية ما لم يكونوا قد ترعرعوا ضمن أسر تسلطية (Heine,1971 :88-90). ويؤكد العوادي 1992 هذه الحقيقة في أن الاضطرابات التحولية قل انتشارها عما كان عليه في الماضي إبان الحربين العالميتين، وبخاصة في الدول المتحضرة، كما أن أشكالها قد اختلفت مع مرور الزمن، ويعود السبب في ذلك إلى تأثير التطور الثقافي والبيئي، ولكن مازال يلاحظ انتشاراً أوسع في مجتمعات العالم الثالث وبخاصة في الدول النامية، إذ ينتشر الاعتقاد بالسحر والشعوذة والتنجيم (العوادي، 1992 :104)، وفضلاً عن ذلك ما سبق ذكره من ظهور تصنيفات جديدة مثل التجسيد Somatization بأشكاله المختلفة والتي قد يكون وضع الحالات فيها على حساب انتشار الاضطرابات التحولية.

ومما تجدر الإشارة إليه أن الباحث لم يجد دراسة علمية تحدد مدى انتشار الاضطرابات التحولية في المجتمع العراقي ككل، باستثناء دراسة الجبوري 1994 التي تناولت انتشار هذا الاضطراب بين طلبة جامعة بغداد، وتوصلت إلى أن نسبة انتشاره بين الطلبة بشكل عام هي 4% في حين كانت نسبة انتشاره بين الإناث هي 6% أما لدى الذكور فكانت 2% فقط (الجبوري، 1994 :4).

ومما تقدم من استعراض للأدبيات التي تناولت انتشار هذا الاضطراب يمكن التوصل إلى عدد من الاستنتاجات وهي:

أ – إن نسبة هذه الاضطرابات بأشكالها المختلفة تتراوح بين 10% – 21% من بين حالات الاضطرابات النفسية جميعها.

ب – إن انتشار هذه الاضطرابات بين الإناث اكثر منه بين الذكور.

ج – إن جميع الأعمار معرضة للإصابة بهذه الاضطرابات ولا سيما الشباب، وهذا أحد الأسباب المهمة التي تدفع إلى دراسة انتشار وتشخيص وعلاج هذه الاضطرابات عند ذوي الأعمار المنتجة.

د – إن هذه الاضطرابات تكثر في المجتمعات النامية وهذه أيضاً إحدى المؤشرات المهمة الأخرى التي تؤكد الحاجة إلى القيام بالدراسة الحالية.

3 تشخيص الاضطرابات التحولية

إن أحدث طرائق تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية هي التصنيفات العالمية بوصفها طرائق موضوعية اشترك في وضعها وتطويرها العديد من العلماء والمختصين من بلدان متعددة، واعتمدت في الكثير من بلدان العالم ولاسيما أنها معتمدة من منظمة الصحة العالمية، وأحدث تصنيفان عالميان وردت الاضطرابات التحولية فيهما هما ICD-10 و DSM-IV وكالآتي:

أ- تصنيف منظمة الصحة العالمية العاشر ICD-10 1993 :

وردت الاضطرابات التحولية ضمن الفئة الخامسة وهي فئة الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالشدة والجسدية الشكل F 4 somatoform disorders. ضمن الفئة الفرعية F44 الاضطرابات التحولية والتفككية disorders Dissociative (Conversion) F44 كما يأتي:

أولاً– F44.0 فقدان الذاكرة التفككي Dissociative amnesia .

ثانياً– F44.1 الهجاج التفككي Dissociative fugue .

ثالثاً– F44.2 الذهول التفككي Dissociative sttupor .

رابعاً– F44.3 اضطرابات المس والغيبوبة Trance and possession disorders.

خامساً- F44.4 اضطرابات الحركة والحس التفككية Dissociative motor disorders .

سادساً- F44.5 التشنجات التفككية Dissociative convulsions .

سابعاً- F44.6 الخدر وفقدان الحس التفككي Dissociative aniesthisia and sensory loss .

ثامناً- F44.7 اضطرابات تفككية (تحولية) مختلطة Mixed Dissociative (conversion) Disorders.

تاسعاً- F44.8 اضطرابات تفككية (تحولية) أخرى Other Dissociative (conversion) Disorders.

أ- F44.80 تناذر غانسر (الأجوبة التقريبية) Ganser's Syndrome (Approximate Answers).

ب- F44.81 اضطراب تعدد الشخصية Multiple Personality Disorder.

ج- F44.82 اضطرابات تفككية (تحولية)عابرة في الطفولة والمراهقة
(conversion) Transaient Disorders occurring in childhood and adolescence Dissociative

د- F44.88 اضطرابات تفككية (تحولية) أخرى محددة
(conversion) Other specified Dissociative Disorders

عاشراً- F44.9 اضطراب تفككي (تحولي) غير محدد

Dissociative (conversion) disorder, unspecified.

إن الرمز المتبقي قد يستعمل للكشف عن حالات تفككية وتحولية أخرى والتي تقابل المحك (عام-1) و (عام-2) بضمن التصنيف F44، ولكنها لا تقابل المحك التصنيفي (F44.0-F44.7) الموضح آنفاً.

أ- وجود شخصيتان أو أكثر مختلفة بضمن الفرد، واحدة منها فقط تظهر في زمن ما.

ب- لكل شخصية ذكرياتها الخاصة، ومراجعها السابقة الخاصة،، وأنماط سلوكها، وفي بعض الأوقات (وبصورة متكررة) تسيطر بصورة كاملة على سلوك الفرد.

جـ- عدم القدرة على استرجاع المعلومات الشخصية المهمة التي تكون واسعة وكبيرة بحيث تفسر على أنها نسيان عادي ومألوف.

د- أن تكون الأعراض ليست بسبب اضطرابات عقلية بدنية (F00-F09) (مثل اضطرابات الصرع) أو الاضطرابات الذهانية الوجدانية المنسجمة ذات العلاقة (F10-F19) (مثل التسمم Intoxication والانسحاب Withdrawal).

.(WHO,1993 :102-104)

ب- تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية DSM- IV 1994:

وضعت الاضطرابات التحولية في هذا التصنيف ضمن فئة الاضطرابات الجسدية الشكل Somatoform diisorders وتضم هذه الفئة الاضطرابات الآتية :

أولاً- 300.11 الاضطرابات التحولية Conversion disorders وتضم هذه الفئة الأعراض الحركية، والأعراض الحسية، والتشنجات، والأعراض الجنسية والحشوية.

ثانياً- 300.12 الاضطرابات التفككية Dissociative disorders وتضم هذه الفئة فقدان الذاكرة التفككي، والهجاج التفككي، وتجريد الشخصية، واختلال الإنية التفككي (DSM- IV.1994 :445-491).

جـ- الفروق بين التصنيفين في النظر إلى الاضطرابات التحولية :

يلاحظ من خلال تصنيف منظمة الصحة العالمية العاشر ICD-10 وتصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية DSM-IV وجود اختلاف في موقع الاضطرابات التحولية والتفككية فقد وردت في تصنيف منظمة الصحة العالمية ضمن فئة الاضطرابات العصابية وما يرتبط بالضغوط (الكرب) والجسدية النمط، بيد أنها وردت في تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية ضمن فئة الاضطرابات الجسدية الشكل Somatoform disorders، ووضعت الاضطرابات التحولية في فئة فرعية خاصة بها منفصلة عن الاضطرابات

التفككية التي أفردت لها فئة فرعية خاصة بها أيضاً، في حين جمعت منظمة الصحة العالمية كلا الاضطرابين في فئة فرعية واحدة هي فئة الاضطرابات التحولية والتفككية F44 Dissociative (Conversion) disorders.

4 طبيعة وخصائص الاضطرابات التحولية:

إذا كانت الاضطرابات التحولية قد رافقت الإنسان منذ أقدم العصور، واستمرت معه إلى اليوم، وتعددت أسبابها، فإن مظاهرها وأعراضها قد اختلفت في كل زمان ومكان، ومن مجتمع إلى آخر، وفقاً لطبيعة الثقافة السائدة، وطبيعة التفاعل الاجتماعي فيه، ومن فرد إلى فرد آخر، بل وفي داخل الفرد ذاته من فترة إلى أخرى، الأمر الذي يحتم محاولة التعرف على هذه الخصائص، وتتبع الدراسات والأدبيات السابقة في هذا الأمر. فقد أشار فيث Veith 1965 أن هذه الاضطرابات أكثر شيوعاً في السابق مما هي عليه في الوقت الحاضر (Veith,1965:128). ووجد هيلجارد أن أعراض الاضطرابات التحولية تتأثر بالمستويات التعليمية العليا، والمفاهيم الثقافية، والوسائل المختلفة لتربية الطفل، والمعرفة الطبية المتزايدة، وهي عوامل تؤدي إلى تغير في الصورة السريرية لهذه الاضطرابات، فغالباً ما تتخذ هذه الأعراض المكتشفة حديثاً شكل الوظائف العصبية المركزية مثل الخدر والشلل، كما تقوم بإظهار مواطن الاختلاف في الوظائف النمائية مثل الاضطرابات الهضمية Disturbances of digestive والإخراج elimination أو ردود الأفعال الحساسة allergic reactions (Hilgard,1977 :128).

أ- أسباب الاضطرابات التحولية:

بالرغم من اختلاف الأدبيات والدراسات السابقة في تحديد أسباب الاضطرابات التحولية بدقة إلا أنه يمكن أن تكون الأسباب الآتية هي التي أكدت عليها أغلبها وهي:

أولاً- الوراثة Heridety:

يجد بعض العلماء سبباً في الإصابة بالاضطرابات التحولية، بيد أن هذا الأمر لم يؤيد بدقة، إذ قد يعود السبب إلى الناحية الاجتماعية من حياة الطفل، وما يعيه من مخالطته لأبويه، وأثر البيئة المنزلية (دويدار،1994 :379). ولكن قد يكون الجانب الوراثي يتمثل بوراثة جهاز عصبي حساس، أو قشرة دماغية غير ناضجة وعند التفاعل مع البيئة ينتج السلوك الذي تتظافر عوامل أخرى في إحداثه أيضاً.

ثانياً- القابلية للإصابة Predisposition:

يرى الكثير من الدارسين للاضطرابات التحولية أن الذي يمكن أن يصاب بها يكون لديه منذ البداية قابلية خاصة لهذه الإصابة وهي وليدة التكوين، ويمكن معرفته منذ طفولته بما يبدو عليه من أفعال شاذة، وهو غالباً ما يكون حساساً سريع الانفعال خجولاً لا يقوى على مواجهة أتفه المشكلات، وبالرغم من أن في هذا الرأي كثير من الصحة إلا أنه ليس قياساً (دويدار،1994 :379).

ثالثاً- البيئة والنشأة:

يبدو هذا الأثر بين وواضح في الحالات التي يغالي فيها الآباء والأمهات فيما يصيب أبنائهم، مما يجعل الطفل يبالغ في إظهار آلامه لمجرد إصابة بسيطة أو عجزه وعدم قدرته لإصابته بمرض طفيف، الأمر الذي قد يجعل هذه العادة تلازمه في كبره وتكون سبباً للإصابة باضطرابات تحولية، وفضلاً عن ذلك تكون المغالاة في تدليل الطفل والحنو عليه مبعث الضعف في شخصية الطفل وتعويده عدم مواجهة المشاكل سبباً أيضاً للاضطرابات التحولية (دويدار،1994 :379-380). وتؤكد الملاحظة اليومية لأسر تتعامل مع أبنائها هذا التعامل مما أدى بهم إلى الوقوع في الاضطرابات التحولية.

رابعاً- الإيحاء:

يعد الإيحاء أهم أسباب الإصابة بالاضطرابات التحولية فقد قرر البروفيسور بابنسكي Babinsky أن جميع أعراض الاضطرابات التحولية مصدرها الإيحاء، وقد أكد هذه

الحقيقة العديد من العلماء أمثال شاركو وبرنهايم، كما أن فحص الكثير من حالات الاضطرابات التحولية، وما أجري من تجارب لمعرفة كنه ظاهرة التنويم الإيحائي قد أثبت ذلك بجلاء، ويكون الإيحاء إما ذاتياً فيوحي المرء لذاته بالإصابة بأعراض معينة، أو يكون مكتسباً من الغير مما يراه في وسائل الإعلام أو يقرأه في كتاب أو يسمعه من طبيب (دويدار،1994 :380). أو يتقمصه من قريب أو صديق كما حدث لفتاة ريفية في اليمن عندما تقمصت تماماً أعراض جارتها وأصيبت بالاضطرابات التحولية، والتي أعفتها من أعمال كانت تقوم بها فضلاً عن حنو الأهل عليها والتفافهم حولها.

خامساً- المشكلات الراهنة:

يؤكد دويدار أن هذا السبب يحتل مكان الصدارة ليس في الإصابة باضطرابات تحولية فحسب بل في الاضطرابات النفسية عامة، بيد أنه يقر أن السبب الحقيقي لا يكمن في المشكلة بل في طريقة الحل الذي يجب وضعها لمواجهة هذه المشكلة، فضلاً عن أن *ظهور العرض عادة هو طريق الفرار من المأزق (دويدار،1994 :380).*

سادساً- كبت الرغبات الجنسية:

وهذا يتطلب في الغالب وجود سبب قوي يواجه الإنسان في حياته ولاسيما أيام طفولته أو مراهقته يتطلب منه ذلك الكبت الذي هو السبب في ظهور الأعراض. بيد أن هذا الأمر انقسم فيه علماء النفس والباحثون إلى مؤيد ورافض له (دويدار،1994 :380-381).

ب- مميزات الاضطرابات التحولية:

أوضحت الدراسات السابقة أن الاضطرابات التحولية تتميز بالآتي:

أولاً- معظم حالات الاضطرابات التحولية تقع في أولئك الذين عرفوا بشخصيتهم التحولية (الهستيرية) لمدة طويلة قبل الوقوع بالمرض، وتظهر هذه الخصائص في وقت مبكر عادة، وربما ظهرت علاماتها في سن الطفولة (كمال،1988 :213).

ثانياً- يتميز أغلب المصابين بهذه الاضطرابات بمستوٍ غير عالٍ من الذكاء والمكانة الاجتماعية الاقتصادية.

ثالثاً- يتميز المصابون بهذه الاضطرابات بقابلية عالية للإيحاء أو الاستهواء (العيسوي،1992 :76).

رابعاً- تحدث الاضطرابات التحولية في كل الأعمار تقريباً فهي تظهر لدى الأطفال بعمر سبع سنوات، وتزداد في مقتبل العمر ولاسيما لدى الشباب والشابات، فضلاً عن زيادتها في مراحل العمر المتأخرة (الدباغ،1974 :140).

خامساً- تبدأ الحالة بقلق شديد وتنتهي بأعراض تحولية (دويدار،1993 :379).

سادساً- أعراضها صارخة تثير قلقاً وفزعاً للمحيطين بالمريض، وتحل الأعراض لدى المصاب محل الألم والقلق والحزن.

سابعاً- يخفي العرض وراءه صراعاً لاشعورياً مكبوتاً.

ثامناً- إن أعراضها تظهر فجأة وبشكل درامي وبعد انفعال حاد (صادق،1990 :64-65).

تاسعاً- تستهدف تحقيق مكسب أولي هو التهرب من موقف ما أو أداء عمل ما، والاحتماء بالمرض (الجبوري،1994 :25).

عاشراً- تستهدف تحقيق مكسب ثانوي - فضلاً عن الأولي - وهو جلب العطف والاستحسان والتخلص من مسؤولية أو عمل جديد لم يكن قد تعود الفرد عليه سابقاً.

حادي عشر- لا يدرك المضطرب أو لا يعي عملية تحوّل الأسباب النفسية إلى أعراض مرضية جسدية لأن عملية التحول تتم بشكل لا شعوري (Morrison & Bellack,1987 :118).

ثاني عشر - ثمة تمركز حول الذات تدور حوله أعراض الاضطرابات التحولية (الجبوري،1994 :25).

ثالث عشر - أنها يمكن أن تصيب أجهزة الجسم كافة أو أجزاء منه كما يأتي:

الجهاز الحسي:

(1) فقدان الإحساس الجلدي أو بعضه أو زيادة الإحساس فيه.

(2) اضطراب وفقدان الرؤية التحولي.

(4) الصمم التحولي في أذن واحدة أو الاثنتين معاً.

(5) فقدان الشم التحولي.

(6) فقدان التذوق التحولي.

(7) الآلام الجسمية في الجسم كله أو جزء منه.

الجهاز الحركي :

(1) الارتجافات والاختلاجات المختلفة Tremors في الجسم كله أو جزء منه.

(2) الشلل وتقلص العضلات المفاجئ في عضو أو طرف أو الأطراف كافة.

(3) فقدان الصوت التحولي.

(4) الغصة التحولية.

(5) إطباق الأجفان التشنجي (الغمز).

(6) اعوجاج وتشنج الرقبة التحولي (الصعر).

(7) الدوار والإغماء التحولي.

(8) التهيج التحولي.

(9) العرة التحولية Tic في عضلات الوجه.

(10) الشعور بالخمول والإنهاك عند القيام بأعمال معينة.

(11) صعوبة التركيز والاستقرار في أداء مهمة أو عمل ما.

(12) الأرق واضطرابات النوم.

الجهاز الحشوي:

(1) الغثيان والقيء التحولي.

(2) قلة الشهية للطعام (القهم) Anorexia nervosa.

(3) الشقيقة والصداع التحولي.

(4) السعال التحولي.

(5) الفواق التحولي.

(6) خفقان القلب في أوقات معينة.

(7) ضيق الصدر أو فرط التنفس.

الجهاز التناسلي:

(1) الحمل الكاذب.

(2) البرود الجنسي لدى الإناث.

(3) العنة لدى الذكور.

(4) عسر الطمث لدى الإناث.

(5) عسر وآلام الجماع لدى الجنسين (كمال،1988: 217 –220)

(الجبوري،1994:55-56) (الصالحي،1998: 25-27) (الدباغ،1974: 136-147).

5 النظريات النفسية التي تناولت الاضطرابات التحولية:

أ- نظرية التحليل النفسي:

يعود إلى سيجموند فرويد فضل صياغة وتعميم منهج التحليل النفسي وكانت نقطة انطلاقه هي الاضطرابات التحولية وطريقة علاجها بالتنويم الإيحائي (زيعور، 1980: 220). إذ كانت دراسة الاضطرابات التحولية أو ما كان يعرف بالهستيريا Hysteria تمثل نقطة البداية لمدرسة التحليل النفسي. وواقع الأمر أن طريقة التحليل النفسي جرى اكتشافها واختبارها واستكمالها من خلال دراسة الاضطرابات التحولية، ولا تزال طريقة التحليل النفسي أيسر تطبيقا على هذه الاضطرابات، ولا يزال العلاج بالتحليل النفسي لها يقدم نتائج علاجية ناجحة (فنخل،1969: 297).

يفسر أوتوفنخل 1969 الاضطرابات التحولية (الهستيريا) في كتابه (نظرية التحليل النفسي في العصاب) بأنها تحدث عندما يجد الإنسان نفسه في مأزق وتحت ضغط الأنا الأعلى تبرز مجموعة من الأعراض أو متلازمة Syndrome تحل محل الحركة نحو الخروج من المأزق وتعمل هذه الأعراض على حل الصراع بصورة مؤقتة، فالجندي الذي يخاف الموت في ساحة المعركة (بدافع غريزة الحياة) والذي يخاف أن يوصم بالجبن (سيطرة الأنا الأعلى) يحل الصراع بان يصاب بالشلل التحولي مثلاً، فتحل المشكلة مؤقتاً، ويرى فنخل 1969 أن هذه الآلية يمكن أن تقع تحت سيطرة الأنا بحيث يلجأ إليها ذلك الشخص كلما وقع في مأزق جديد بطريقة لاشعورية، من دون قصد أو وعي من الفرد الذي يصاب بالاضطرابات التحولية(الجبوري،1994 :36). إذ يتخلص الفرد من القلق الكبير الذي يعانيه بسبب الصراع بين نزواته ورغباته ودوافعه، وقيود الواقع الاجتماعي بتحويل هذا الصراع إلى أعراض جسمية، وهذه الأعراض إما أن تكون أعراضاً حسية مثل فقدان النطق أو السمع أو البصر، أو حركية كالشلل الذي يصيب الأطراف، فهي تمثل تعبيراً محرفاً عن المطالب الغريزية المكبوتة، بحيث يصبح لكل عضو ولكل وظيفة إمكانية أن يصاب بعطب تحولي، ففي مكان الموضوع (الرغبة التي لم يستطع الفرد التعبير عنها) تحل تعبيرات (أعراضاً تحولية) ممثلة للموضوعات الطفلية مثل عقدة أوديب لدى الذكور وعقدة إلكترا لدى الإناث. ولقد أكد فرويد أن عقدة أوديب وعقدة إلكترا هي العقدة النواة لجميع أنواع العصاب، ولاسيما في الاضطرابات التحولية. فالتحوليون أشخاص إما أنهم لم يستطيعوا تخطي مشكلات الانتقال من مرحلة في النمو النفسي الجنسي إلى مرحلة أخرى بحيث يتمكنوا من إشباع رغباتهم المحرمة، أو أنهم كانوا من التثبيت عليه إلى حد أنهم إثر خيبة أمل في الحياة اللاحقة نكصوا إليه من جديد، فالخوف من الخصاء يؤدي بالطفل إلى كبت عقدة أوديب وكبت هذه العقدة يؤدي إلى كبت كل رغبة جنسية لأنها تغدو ممثلة للحب المحرم الطفلي، وتحليل النوبات التحولية يظهر أنها عبارة عن رغبات جنسية مكبوتة، وتخييلات لتحقيق هذه الرغبات، أي أنها عبارة عن تعبيرات محرمة لعقدة أوديب ولمشتقات عقدة أوديب وإن استمرار الصراعات الأوديبية غير المحلولة هو السبب في تكوين الأعراض التحولية وهذا ما أشارت إليه

دراسة زت زل Zet Zel 1965 ورايـــخ Reich 1969 فرويـــد (Freud,1933 :275) (Colarusso & Nemivoff,1981 :246).

وتقوم النوبات أحياناً مقام الإشباع الجنسي فقد قارن فرويد بين فقدان الشـــعور فـــي ذروة النوبة بالفقدان الوقتي للشعور في ذرة النشوة الجنسية، فاســـتنتج أن النوبـــة تعبـــير محرف عن الإشباع الجنسي، وفي أحيان أخرى تدل النوبة على رغبـــة فـــي الحمـــل أو الولادة، ومثال ذلك، حالات الحمل الكاذب، والكثير من حالات القيء التحولـــي. ويمكـــن للنوبة أن تعبر عن أفكار تحدث بدائل للأفكار الأوديبية من قبيل نوبات الجوع، أو الظمـــأ، أو حاجة التبرز، أو التبول، أو فقدان مفاجئ لشهية الأكل أو الشرب، أو الإمساك، أو ندرة التبول، أو صعوبات التنفس (الجبوري،1994 :37).

أي أن الأعراض التحولية من وجهة نظر مدرسة التحليل النفسي تمتد جذورها إلـــى المرحلة الجنسية الطفلية، فقد كانت مثيرات أخرى ما تزال تعمل بوصفها مصدراً للذة فيما يسمح لهذه الأعراض البدنية أن تكون تعبيرات عـــن تخييلات جنسية. بيد أنه في أحيـــان أخرى تظهر الأعراض التحولية بوصفها عقوبة للذات تستهدف محو مشاعر الإثم، فتصبح الأعراض التحولية بديلاً محرفاً عن الإشباع الجنسي عند التحولي الذي يعجز عن الإشباع الجنسي الحق، وكونه الإشباع البديل لعرض لا يعيشه المريض في شعوره لذة، بل يعيشـــه دائماً معاناة قاسية، ويرجع ذلك إلى فعالية القوى الكابتة إذ أن المعاناة القاسية تعبير عـــن عقوبة تستهدف محو مشاعر الإثم (فنخل،1969 :298) وذلك ما يمكن أن تكويناً عكســـياً، أو تكوين رد الفعل.

ومما يجدر ذكره هنا ما توصلت إليه دراسة براون Brown 1940 عن حالـــة فتـــاة تشكو من فقدان الإحساس في فخذها الأيمن أظهر الفحص الطبي لها أنه لا يوجد له أساس عضوي مرضي، ولكن الحالة حدثت عندما كان أحد الأطباء يقوم بعلاج والدها الذي كـــان راقداً في فراش الموت، وفي إحدى المرات حدث تلامس بين فخذ الفتاة الأيمن والطبيـــب مما أدى إلى تهيج منطقة الرغبات الجنسية، فشعرت الفتاة بالإثم العميق، إذ كيف يمكن لها أن تستثار جنسياً وأبوها راقد في فراش الموت، فهذا الشعور بالإثم العميـــق ولـــد لديـــها شعوراً كبيراً بالقلق الذي عبر عن نفسه على شكل عرض تحولي بوصفه عقوبةً تســـتهدف

محو مشاعر الإثم للتخفيف من الصراع الذي تعيشه الفتاة Shaffer & Shoben, 1956)
:25).

ويوضح فرويد أثر الصدمة النفسية في توليد الأعراض التحولية بأن الفرد الذي لا يستطيع التعبير عن رغبة معينة (إشباعها) يشعر بالتوتر نتيجة القلق الذي يعانيه، فيؤدي ذلك إلى كبت الرغبة والشحنة الانفعالية التي سببها التوتر في اللاشعور، إما لأن هذه الرغبة تتعارض مع قيود الواقع الاجتماعي فيكون التعبير عنها مستحيلاً، أو لأن الأمر يتعلق بأشياء أراد المضطرب أن ينساها فكبتت في اللاشعور، ويتزايد مقدار الشحنة الانفعالية بسبب وقوع مثيرات مهيجة مشابهة كتهيج منطقة الرغبات الجنسية، أو حدث طارئ جديد يذكر بالحدث المنسي، وبتجاوز الحدود التي من الممكن أن يتحملها الأنا، وعندها ينشأ الدافع المحرك نحو الاضطراب التحولي فينشأ عدد من الأعراض التحولية كالعمى أو فقدان السمع أو الشلل أو غيرها (الجبوري،1994 :38-39).

ويرى فرويد من خلال نشر ملاحظاته عن تفسير الأعراض التحولية أنها تبدأ إثر عوامل نفسية مؤلمة شديدة من ماضي المريض، وعادة ما يصيب هذه الحوادث النسيان، وأن أسباب هذه الأمراض تعود إلى صدمات جنسية من طفولة الفرد (عكاشة،1984: 59). يتم تحويل هذه الخبرة الجنسية الصادمة المكبوتة لجعل تصور مسبب للإزعاج غير ضار بتحويل مجموع إثارته إلى الجسد وقد حدد فرويد خطوات ست لنشوء الاضطرابات التحولية كما يأتي:

أولاً- تنزلق رغبة دافع من صراع مع المعايير الاجتماعية والداخلية إلى تصور غير محتمل.

ثانياً- تبعد هذه الرغبة عن الشعور عن طريق آلية الكبت بشكل لاشعوري.

ثالثاً- ينشأ صراع أوديبي من طبيعة جنسية عندما تبعث مواقفاً مشابهة للسابقة هذه الرغبات.

رابعاً- يحدث التحول أي إزاحة الطاقة النفسية (اللبيدو) من مجال السيرورات النفسية إلى مجال السيرورات الجسمية، عندما تعود هذه الرغبة الدافعة للظهور ثانية بحيث لا يمكن الحفاظ عليها من خلال الكبت الذي تم سابقاً.

خامساً- يظهر العرض الجسدي الذي يعبر عن رغبة الدافع الكامنة خلفه، بتحريف هذا الدافع من خلال وسط مشفر ومرمز. ويعني هذا أن التغيرات الجسدية يمكن ترجمتها إلى لغة تكون قابلة للفهم باعتبارها كذلك. والعرض يربط الطاقة النفسية ويحافظ على التصور المزعج غير المحتمل من اللاشعور، غير أنه يتطلب انتباهاً إضافياً، وهذا يتطلب -بصورة ثانوية- امتلاك لبيدو قوي، فهو يمتلك إذاً طابع إشباع، وطابع عقاب في الوقت نفسه.

سادساً- يسهم التساهل الجسدي الذي تبرز أهميته في (اختيار العضو) والذي يكون منشأه ممتداً بدءً من وجود استعداد وراثي، مرورا بالتأثيرات الطفلية المبكرة، والإجهاد الراهن، في إطار خبرات الجسد (راندو و تسيف،1998 :78).

ومن هذه الأسباب التي تم جمعها من خلال دراسة الحالات التي قام فرويد بعلاجها مثل الأحداث المفاجئة، الأحداث المخيفة مشاهدة المواقف المرعبة الشعور بالاضطهاد فقدان الإرادة الحرمان من العمل الفكري المناسب الرغبة بالانتقام من الآخرين، الخوف من عودة الذكريات الماضية، الغضب الشديد من دون التعبير عنه (التنفيس) الشعور بالإثم، الشعور المفعم بالقلق القوى المنهكة تماماً من جراء قلة الطعام أو قلة النوم أو الإجهاد المستمر بالعمل خوفاً من التقصير في المهام والواجبات التي قد يكلف بها الفرد، الخوف من التعبير عن الرغبة الجنسية بشكل صريح، وإصرار المريض على قمع رغبته الجنسية لخوفه من الخروج عن معايير المجتمع وتقاليده (فرويد وبروير، ب، ت،300-330).

وتجدر الإشارة إلى أن دراسات الفرويدين توصلت إلى نتائج تدعم ما ذهبت إليه هذه النظرية في تفسير التحول وفي معالجة عدد من الحالات المرضية سواء ما قام به فرويد نفسه أو من اتباع مدرسة التحليل النفسي. فإحدى هذه الدراسات الشهيرة هي حالة الآنسة دورا والتي دلل بها فرويد على صدق نظريته، وتتلخص حالة دورا بأنها كانت تحب طالباً يدرس الطب في فيينا وعدها بالزواج عندما يتخرج، بيد أنه عندما تخرج لم يف بوعده على الرغم من معرفة الناس بالعلاقة التي بينه وبين الفتاة، وفجأة أصيبت الفتاة بالشلل في ذراعها. وفسر فرويد شلل يد الفتاة بأنه شلل تحولي بسبب الصراع الشديد بين (الأنا

الأعلى) الذي كان يوحي للفتاة بإطاعة أهلها والخضوع لرأيهم بترك الكتابة إلى ذلك الطبيب الذي غرر بها، وبين (الهو) الذي كان يثير النزعات التي كانت تشعر بها، وانتهى أمر هذه الفتاة بحل أراحها وهو الإصابة بشلل في ذراعها منعها من الكتابة. فالإصابة بالشلل تعد حلاً بعد فشل الوسائل الدفاعية أراح الفتاة من الصراعات المختلفة التي كانت تعانيها (فهمي،1987 :230). ويتفق ذلك مع دراسة كاميرون 1947 Cameron التي تناولت حالة فتاة تعاني من شلل في طرفيها السفلين، فقد أظهر التحليل النفسي أنها تعرضت في فترة المراهقة لمحاولة اغتصاب، فتحول القلق الناتج عن تكرار هذه المحاولة مرة ثانية إلى شلل في طرفيها السفليين (Shaffer & Shoben,1956 :25).

بيد أنه اتضح أن الصدمات الجنسية ليست السبب الوحيد في ظهور الأعراض المرضية التحولية، لأنه أتضح في تشكيلات كثيرة من الأعراض أن العوامل النفسية الاجتماعية تلعب دوراً كبيراً، إذ لا يمكن تفسيرها بصورة مقبولة من خلال هذا الأنموذج، وهكذا فقد الارتباط بصراع جنسي تناسلي، لأنه يشمل تحول الأعراض المرضية لكل الصراعات الممكنة التي ظهرت في سياقاتها اضطرابات جسدية أيضاً (راند وتسييف،1998 :78). فلم تؤيد دراسات أخرى افتراض أن الجنس هو السبب الوحيد وراء نشوء الأعراض التحولية، إذ أظهرت دراسات كل من هورت 1940 Hurt ومرسكي 1974 Mersky أن الجنس ليس هو السبب الوحيد للاضطرابات التحولية، فلقد وجدا في دراساتهما أن الكثير من الرجال تأثروا بالإصابة بها، غير أن سبب الإصابة لم يكن بالضرورة ذا أصل جنسي، ولم يقف الأمر عند هذا الحد بل أضافت دراسة إنجل Engel وغلاسر 1977 Glasser دليلاً آخر لما قدمته الدراستان السابقتان حينما أكدت هذه الدراسة التي أجريت على مرضى يعانون من الغصة التحولية أن سبب هذه الغصة هو المقاومة الضعيفة في مواجهة الضغوط، وليس نتيجة لرغبة جنسية فمية مكبوتة كما ادعت نظرية التحليل النفسي (Taylor,1986 :26).

ب- النظرية السلوكية:

يؤكد السلوكيون أن المرض النفسي إما يكون وليد اكتساب مركب للسلوك غير الملائم، أو نتيجة لغياب سلاسل السلوك الملائم، ويسمى السلوك في المرحلة الأولى بالسلوك غير التوافقي، وفي الثانية بالسلوك المنقوص Deficit learning. ومعظم أشكال السلوك غير السوي هي من النوع المكتسب الذي يعبر عن سوء التوافق ويصنف المجتمع هذا السلوك على أساس أنه مرضي (دويدار،1994 :210).

ومن المعروف أن وحدة تحليل المدرسة السلوكية هي الاستجابة المطوعة ولكي يحدث سلوك ما فان تنبيهاً مطوعاً(مشروطاً) معيناً يجر استجابة مطوعة معينة وتلك الاستجابة قد ينجم عنها تنبيه لاستجابة مطوعة أخرى وهكذا تتشكل سلسلة من الاستجابات المطوعة ونادراً ما يحدث أن يقف الارتباط بين التنبيه والاستجابة عند حد، ولا يقود إلى ارتباط آخر بين تنبيه واستجابة، فعندما يتعرض الفرد إلى تنبيه معين فانه يقوم باستجابة معينة، قد تكون هذه الاستجابة خاطئة أو صحيحة، وينجم عن هذه الاستجابة تنبيه لاستجابة أخرى، وهكذا تتشكل سلسلة من الاستجابات التي تكون في مجموعها عادة، ومجموع العادات يشكل السلوك (الجبوري،1994 :41-42).

ويرى وولبي wolbe 1958 أن العصاب بشكل عام ينشأ عن ارتباط مشاعر القلق بمثيرات كانت محايدة من قبل، وهذا الارتباط يؤدي إلى ظهور مشاعر القلق كلما ظهر هذا المثير المحايد، وأن بعض الأشخاص أكثر عرضة للعصاب إما لأنهم هكذا بفعل العوامل التكوينية أو بسبب خبرات تعلم سابقة. ويرى وولبي أن العصابي لديه استجابة قلق شرطية لمثيرات مبهمة غير محددة، بل وقد تكون مثيرات داخلية. وهناك من السلوكيين من ينظر للسلوك العصابي على أنه أسلوب تقويه وتدعمه البيئة الاجتماعية المباشرة للعصابي، وهم في هذا التوجه يستندون إلى ما نادى به سكنر من أن كل استجابة مكتسبة إنما يرجع تعلمها إلى ما أعقبها من مدعمات ومعززات (Krasner,1971 :443-532).

ويفسر السلوكيون العصاب على أنه مجموعة من عادات سيئة تطورت وجرى الحفاظ عليها بنفس طريقة اكتساب الاستجابات السليمة، بيد أن الفرق يكمن في أن

العصابي هو الفرد الذي تعلم استجابة أو عادة خاطئة، أو أخفق في تعلم استجابة صحيحة يعمل على بقائها واستمراريتها التعزيز الذي يحصل عليه الفرد جراء هذه الاستجابة، فإن اكتشف الفرد أن موقفاً معيناً يولد القلق، فانه ينسحب، أو يتجنب الموقف بطريقة أما تمنع الموقف من الحدوث أو تخرجه هو من الموقف، بدلاً من أن يتعامل مع الموقف مباشرة. ويتم تعزيز هذه الاستجابة من خلال الارتياح الذي يحصل عليه الفرد، لأنه يتمكن من التخلص من القلق الذي سببه له ذلك الموقف. فيغدو السلوك المتعلم حديثاً معززاً، وقد يستخدم في المرات القادمة وفي مواقف أخرى كلما ظهرت التنبيهات التي تستدعي التصرف الذي تم تشكيله مصادفة نظراً للتعزيزات التي ظهرت في التاريخ السلوكي للفرد وتجري إدامة السلوك العصابي عندما يؤمن الفرد أن التهديد مازال قائماً (Kleinmuntz,1980 :247).

إذاً فالسلوك العصابي الذي تكون هنا هو نتيجة لاستجابة الفرد في موقف معين يولد القلق، إذ تتعزز تلك الاستجابة بسبب نتائجها العاجلة المتمثلة بالارتياح. ومثال ذلك الجندي الذي يصاب بالشلل التحولي في إحدى قدميه أو يديه عندما يرسل في مهمة قتالية، فهذا الموقف الذي ولد القلق بشكل كبير يتخلص منه الجندي بواسطة شلل إحدى ذراعيه، أو فقدان البصر الذي ينقذ الجندي من هذا الموقف، ويخلصه من القلق الذي نشأ لديه بتحويله إلى عطب بدني. وتعززت هذه الاستجابة بالارتياح الذي حصل عليه من جراء إخلائه من أرض المعركة، ولابد من سلسلة من الاستجابات التي سبق تعزيزها قبل حدوث الموقف، أو أن الفرد يكتشف أن استجابته هذه قد جلبت له العطف والاهتمام والرعاية من قبل المحيطين به(الجبوري،1994 :44). وهذا يتجلى بشكل واضح في المثال الذي طرحه سكنر Skinner 1953 والذي فسر به مثالاً آخر على الاضطرابات التحولية، عندما يقدم أحد الوالدين العطف والاهتمام الزائد من المحبة والعناية للطفل المريض فان أي سلوك يقوم به الطفل يدلل على مرضه، سوف يتعزز هذا السلوك بقوة لأن الطفل يكتشف انه كلما استمر مرضه كلما ازدادت رعاية الوالدين واهتمامهم به (Kleinmuntz,1980 :24).

وإذا كان للفرد قدرة كبيرة على تعلم استجابات معينة، فإن المريض يستخدمها للتقليل من حدة الشعور بالقلق، وتظهر هذه الأعراض مادامت تخدم غرض الإبقاء على القلق في حدود معقولة، وهذه الفائدة الظاهرية تعزز عمليات التفاعل الشرطي التي أحدثت حالة القلق في الأصل، وتساعد لذلك في استمرار الاضطراب النفسي الذي يشكو منه المريض (الجبوري،1994 :44). ومما أسند ما ذهبت إليه هذه النظرية في تفسيرها للاضطرابات التحولية الدراسات التي استخدمت مبادئ النظرية السلوكية في علاجها للعديد من أعراض الاضطرابات التحولية. فالمرض من وجهة هذه النظرية هو العرض نفسه، وزوال العرض يعني زوال المرض، ومن هذه الدراسات دراسة برادي ولايند,Brady & Lind 1961 التي نجحت في علاج شخص كان يعاني من العمى التحولي Hysterical Blindness بواسطة استخدام مبادئ النظرية السلوكية (Eysenck,1964 :224) (Ullmann,1965 :171). ودراسة والتون وبلاك Walton & Black 1959 التي تمكنت من علاج أحد المرضى الذي كان يعاني من فقدان النطق التحولي Aphonia. ودراسة إروين Erwin 1965 التي نجحت في علاج إحدى المريضات التي تعاني من فقدان الشهية التحولي (Sarason,1976 :275). في حين نجحت دراسة مونتروس وآخرون Montross et al 1962 في علاج طفل عمره 9 سنوات يعاني من التقيؤ التحولي (Ullmann,1965 :364).

ومن الجدير بالذكر أن هذه الدراسات جميعاً استفادت من مبادئ التعلم الشرطي وقوانينه في إعادة تشكيل السلوك، وأن نجاح العلاج السلوكي -كما يرى السلوكيون- دليل على صحة نظريتهم.

وعلى أية حال فإن المدرسة السلوكية تفسر الاضطرابات التحولية على أنها ارتباطات شرطية انفعالية وحركية نتيجة لعمليات تطويع خاطئة عززت هذه الارتباطات وجرى الحفاظ عليها بنفس طريقة تعلم الاستجابات الصحيحة، وتم تعزيز هذه الاستجابة من خلال الارتياح الذي حصل عليه الفرد كون استجابته أنقذته من القلق الذي سببه له ذلك الموقف. وقد يقوم بهذه الاستجابة في المرات القادمة وفي مواقف أخرى كلما ظهرت التنبيهات التي تستدعي التصرف السلوكي الذي تشكل سابقاً.

جـ النظريات المعرفيـة :

في أوائل الستينات بدأ علماء النفس في التمرد على الأنموذج السلوكي القديم، مؤكدين على أن علماء النفس يجب أن يصلوا إلى فهم ما يجري داخل الصندوق الأسود، ولاسـيما العمليات العقلية مؤمنين بأنه:

أولاً- يجب دراسة العمليات العقلية مثل التفكير، والإدراك، والذاكرة، والانتباه، وحل المشكلات واللغة.

ثانياً- اكتساب معلومات دقيقة عن كيفية عمل تلك العمليات، وكيفية تطبيقها في الحياة اليومية.

ثالثاً- يجب استخدام الاستبطان غير الشكلي بصفة خاصة لتنمية الشعور الحدسي، في حين يفضل استعمال الطرائق الموضوعية لتعزيز وتأكيد مثل هذا الشعور (دافيدوف،1988:48).

وغني عن البيان أن وجهة النظر المعرفية في العصاب تأتي من التصور المعرفـي للبناء الانفعالي للإنسان وعلاقته بالعمليات العقلية، لأن الخلل والاضطراب يكمن عادة فـي ذلك البناء الذي يؤثر بالضرورة في جوانب الشخصية الأخرى. بيولوجية كانت أم نفسية، وتلك التي ترتبط بوظائف أحد الأجهزة وبخاصة الجهاز العصبي المركزي التـي تتمثـل نشاطاته أساساً في العمليات المعرفية مثل الإدراك والتذكر والتفكير، وأن أي خلـل فـي البناء الانفعالي أيضـاً يؤثـر تـأثيرا سـلبيا فـي مـهارات الفـرد النفـس-حركيـة (الجبوري،1994:47).

إن المضطرب نفسياً (العصابي) أو عقليا (الذهاني) هو شخص يعاني من عدم القـدرة على إشباع حاجاته الإنسانية الأساسية المتمثلة بالانتماء Belongingness، والاحـترام بشكل عقلاني ناجح، فضلاً عن أنه يتسم بنكرانه لواقع العالم من حوله سواء إنكاراً جزئيـاً (في حالة العصاب) أو إنكاراً محوراً كلياً (في حالة الذهان) (Kleinmuntz,1980 :241).

ومما تجدر الإشارة إليه أن البرت الس Ellis أحد رواد المدرسة المعرفية أوضـح أن الاضطرابات الانفعالية تعد نتيجة لتفكير الإنسان بطريقة غير منطقية، أو غير عقلانيـة،

وأن الاضطرابات التي يعاني منها العصابي تنجم إلى حد كبير من إدراكه المشوه، وتفكيره غير العقلاني، وبذلك تتكون لديه أنماط سلبية من الأفكار يحملها الفرد بخصوص نفسه والعالم والمستقبل، ومن جراء التشوه الإدراكي هذا يشتق استدلالات واستنتاجات مصطنعة، أو مبالغ فيها، واستنتاجات تعميمية مضخمة، مما يجعله يبالغ أو يخس في أحكامه. وعلى سبيل المثال السكرتيرة التي يراودها عن نفسها رئيسها في العمل، فنتيجة لإدراكها المشوه والخاطئ لهذا الموقف وخوفها من العقوبة أو الطرد من العمل بدلاً من مواجهة الموقف بطريقة منطقية عقلانية، فان هذا القلق الكبير الذي تعاني منه جراء هذا الموقف يتحول إلى أعراض تحولية كالشلل في إحدى اليدين حتى تستطيع أن تتخلص من هذا الموقف الذي فشلت في مواجهته بطريقة عقلانية ومنطقية (الجبوري،1994 :48).

أما بياجيه فينظر إلى الإنسان بوصفه جزء من بيئته، فهو يؤثر فيها ويتأثر بها، وعملية تفاعله مع البيئة تعتمد على المخططات Schema التي تكونها بنى موروثة، وتعمل هذه المخططات المعرفية كإطار تأويلي وإدراكات توجيهية لتجارب الاتصال، ونتيجة لاستجابات انفعالية، وقد وجد في دراسة لانك ولانك Lang & Lang 1960 أن بإمكان التواصل أن يؤثر على الإدراك والاستجابة الانفعالية، فأهمية التمييز بين الأحداث الواقعية وغير الواقعية، والاستجابة لها على نحو مختلف هي مسالة تعلم، وجانب من جوانب التنشئة الاجتماعية، ويعتمد عدم القدرة على إجراء تمييزات صائبة على خلفية الخبرات والمعلومات التي تلقاها الفرد خلال تنشئته الاجتماعية. وقد أكد ادكول أن للتعلم دورا كبيرا في الإدراك، فيميل المرء إلى إدراك الأشياء والحوادث بالصورة التي تتفق مع الخبرة الماضية، وما تعلمه في المواقف التي مر بها (عبد الغفار،1977 :104).

أي أن الفرد يطور بسبب خبرات الطفولة السيئة مخططا Schema تكون فيه الذات والعالم والمستقبل في رؤية سلبية مما يولد لديه استعدادا للإصابة بالاضطراب، ويكون هذا في بعض الحالات مشروطاً بمواجهة الضغوط، إذ يمكن للضغوط أن تنشط المخطط السلبي لديه فتصبح منظومته المعرفية السلبية أكثر سيطرة عليه فتقوده إلى أن يظهر أعراض الاضطرابات التحولية. ونتيجة للمخططات السلبية عند الفرد فإنه يدرك الأحداث إدراكاً خاطئاً، وبناءً عليه فإن الأحكام التي يصدرها تكون خاطئة، فإدراك الشخص

التحولي بشكل مشوه يجعله غير قادر على التعبير بشكل مناسب عن الوظـــائف النفســية والاجتماعية بشكل موحد ومتناسق. وذلك لأن الفرد لم يتعلم منذ الصغر القيـــام بأعمالـــه وواجباته المكلف بها بنفسه دون مساعدة الآخرين بسبب التنشئة الاجتماعية غير الصحيحة التي لم تتم فيه القدرة على مواجهة الواقع، والتعامل الفعال في علاقاته الاجتماعية، ممـــا يجعله متخوفاً من علاقات التفاعل الاجتماعي لعدم امتلاكه انطباعات واضحة لما يحـــدث في حياته الأمر الذي يجعله غير قادر على ممارسة السيطرة على مشكلات حياته، ولـــهذا أصبح عليه من الصعب التوافق مع التقلبات البيئية والاجتماعية (الجبوري،1994 :49).

ويرى كيلي في نظرية البنى أن الإنسان يخلق الطرائق التي يرى بها العـــالم الـــذي يعيش فيه، وليس العالم هو الذي يخلقها له. وأن العمليات النفسية للشخص تمـــر بالسـبل التي يتوقع حدوث الأحداث بها. وطبقاً لكيلي فإن كل شخص عالم بأموره الشخصية كونـــه يبني معتقداته حول العالم الذي يعيش فيه بهدف الفهم والتفسير والتنبؤ والتحكـــم، ولـــهذا تبرز أهمية البنى من كون تأثيرها في إدراك الفرد لنفسه وللعالم من حوله، وعلـــى هـــذا الأساس يمكن تفسير السلوك الشاذ على أنه ناتج من وجود بنى "معتقدات" تتعـــارض مـــع البنى الموجودة لدى الآخرين في المجتمع الذي يعيش فيه (صالح،1997).

ويوضح كيلي Kelly أن مواجهة الواقع تعتمد على الخبرة المعرفية والمثال على ذلك واضح بشكل بين في سلوك المضطرب التحولي، ولعدم امتلاك الخبرة المعرفيـــة الكافيـــة فإن تكليفه بأية مسؤولية يهدد استقراره على اعتبار أنها تشكل موقفـــا جديـــدا لـــم يألفـــه المضطرب التحولي من قبل، فترى الحيرة والارتباك والـــتردد واضحـــة فـــي ســـلوكه (الجبوري،1994 :50). وهذا ما أوضحتـــه دراســـة كـــانتريل Cantrill,1940 مـــن أن المضطربين التحوليين يبدؤون بالتصرف بالتوتر الانفعالي بشكل كبـــير تجـــاه المواقـــف الصعبة، لأن طبيعة المعلومات التي تحتويها مخططاتهم المعرفية ليس لها القـــدرة علـــى التأويل الصحيح والتصرف المناسب. ويرى كيلي أن سلوك الشخص يعبر بشكل عام عـــن نظام البنى Consitution لديه أكثر من تعبيره عن بنية واحدة، وان الناس يختلفون مـــن حيث محتوى البنى لديهم ومن حيث أنظمة هذه البنى (صالح،1988 :100).

وأشارت دراستان متعلقتان بموضوع المحددات المعرفية المعقـــدة إلـــى أن التعقيـــد المعرفي للمفحوصين مرتبط بنوع الخلفية الثقافية أو الحضارية التي تعرضـــوا لـــها فـــي طفولتهم هذا ما أشارت إليه دراسة جاكسون وسيجرست Jakson & Sechrest,1961، أما دراسة كروس Cross,1966 فقد وجدت أن الأطفال من ذوي المستوى المعرفي المعقـــد كان آباؤهم أكثر ميلاً للتسلطية، مقارنة بآباء الأطفال من ذوي المستوى المعرفـــي الأقـــل تعقيدا. وهذا يعني أن فرصة تفحص أحداث كثيرة مختلفة وامتلاك خبرات كثيرة متنوعـــة تفضي أو تساعد على تطور بنية معقدة. وبالمقابل توقع أن الأطفـــال الذيـــن يتعرضـــون لخبرات التهديد والتسلطية من الوالديـــن تتطـــور لديـــهم بنـــى محـــددة وغـــير مرنـــة (الجبوري،1994 :50).

وقد طور كيلي Kelly نماذج متعددة لتوضيح السبل التي يستعملها الفرد للانتفاع مـــن المعلومات التي يحصل عليها من البيئة في مجال تقرير فعل معين، ويتم وفـــق خطوتيـــن هما:

الأولى : يبدأ الفرد بتأمل كل الطرق الممكنة لتفسير موقف معين، وهو في الواقع يتأمل سلسلة من البنى المقترحة التي يمكن أن تساعده في معالجة الموقف الذي هو فيه.

الثانية : يبدأ الفرد بفحص عدد من البنى الموجودة، ويتأمل بجدية فقط تلك التي تساعده على حل المشكلة، ثم يصل أخيرا إلى أن يقرر مجرى أو مسار الفعل بأن يختار البديل الموجود في بنية محددة، يعتقد أنه الأفضل في حل المشكلة (الجبوري،1994 :51).

يرى كيلي أن الفرق بين الإنسان السليم نفسيا والمريض نفسيا ليس فرقا نوعيـــا، لأن كليهما يضعان افتراضات ويختبرانها على مستوى الواقع، والفرق هـــو أن المضطـــرب النفسي ينظر إلى الأحداث والعالم من خلال بنى غير صحيحة سلبية، فالشخص المريـــض نفسياً من وجهة نظر كيلي هو ذلك الذي اعتاد على استعمال بنى غير صحيحة أو غـــير صادقة، لذلك فان كيلي يعرف القلق على سبيل المثال على أنه إدراك الفرد للأحداث التـــي يواجهها على أنها تقع خارج مدى التوافق مع نظام البنى لديه. فالإنسان يصبح قلقاً حين لا يكون لديه بنى أو حين يفقد سيطرته البنيوية على الأحداث ويشعر الإنسان بالتهديد عندمـــا يدرك أن هناك تغيرا شاملاً على وشك الوقوع في نظام البنى لديه. فالإنسان يشعر بتـــهديد

الموت عندما يكون على وشك أن يحل به، وعلى هذا يكون القلق ليس نتيجة لبنى غير صادقة بل الأحرى نتيجة عدم امتلاكه لبنى تتعامل مع الموقف الذي يثير القلق (صالح،1988 :101).

ومما تقدم يمكن القول أن النظرية المعرفية تفسر أسباب الاضطرابات التحولية على أنها نتيجة خبرات الطفولة التي يطور فيها الفرد مخططات Schema سلبية (غير صحيحة) تكون فيها لذات والعالم والمستقبل في رؤية سلبية، مما يولد استعداداً مسبقاً للإصابة باضطرابات تحولية. إذ يمكن للضغوط أن تنشط المخطط السلبي، فيما تعمل نتائج المدركات السلبية على تقوية هذا المخطط، فتصبح منظومته المعرفية السلبية أكثر سيطرة عليه فتقوده إلى أن يظهر الأعراض التحولية.

د ـ النظرية الفسلجية:

يرى بافلوف وسشنوف وغيرهما من العلماء الروس أن المصاب بالاضطرابات التحولية يتميز بوجود ضعف في القشرة الدماغية، مما يؤدي إلى نشاط المراكز الموجودة تحت القشرة (لأن القشرة تنظم نشاط هذه المراكز، لارتباطها بها بألياف عصبية، ونبضات كهربية) فحين تضعف القشرة المخية تضعف سيطرتها على هذه المراكز، فتنشط دون ضابط، أو تحتوي مراكز تحت القشرة هذه جميع الانعكاسات البدائية والموروثة من أجيال بعيدة، فإذا نشطت هذه المراكز (مع ضعف القشرة كما ذكر آنفاً) تحت تأثير إحدى الشدائد الحياتية، تظهر الأعراض على هيئة بدائية مثل التشنجات التحولية، أو الغيبوبة التحولية، للهروب من موقف معين. وكذلك يمكن تأويل الأعراض الجسمية للاضطرابات التحولية بضعف في خلايا قشرة الدماغ المختصة بوظيفة الأعضاء المصابة فقط. ومما يؤيد هذه النظرية أن كثيراً من سمات الشخصية الهستيرية (التحولية) تتشابه مع شخصية الطفل من ناحية سهولة إثارته، وعدم نضجه الانفعالي، وقابليته للإيحاء، وغلبة العوامل الانفعالية عنده على العوامل الفكرية. ويبدو التشابه أوضح إذا نظر إليه من الناحية الفسلجية، إذ أن قشرة الدماغ عند الطفل ضعيفة لم تنضج ولم تتطور

بعد، وكذلك قشرة دماغ ذي الشخصية الهستيرية (التحولية) هي في حالة ضعف مهيأة للإصابة بالاضطرابات التحولية (يعقوب، 1994 :55-56).

ويرتبط ظهور الأعراض التحولية بالقشرة الدماغية لأن هذه القشرة تقوم بدور مهم في كف وإحباط وتنظيم مراكز تحت القشرة في الدماغ، مما يسبب هذا الضعف إثارة المراكز البدائية الموجودة تحت القشرة المخية، إذ تصبح هذه المراكز دون سيطرة عليا من قشرة الدماغ، وتحوي مراكز الدماغ تحت اللحائية (ما تحت القشرة) جميع المنعكسات غير المشروطة (غير المطوعة) أي المنعكسات الموروثة. فتأخذ هذه المنعسكات دوراً نشطاً ولاسيما تحت تأثير إحدى الشدائد مما يؤدي إلى ظهور أعراض تحولية في هيئة بدائية شبيهة بسلوك الأطفال (عكاشة، 1984 :63).

الخاتمة:

بما أن الإنسان أكبر من أن تحيط به نظرية واحدة، ولكون كل نظرية نظرت إليه من زاوية معينة، فقد آثر الباحث أن يأخذ من كل نظرية جانب معين أكدت عليه هذه النظرية وأبرزته الدراسات السابقة، مع الأخذ بنظر الاعتبار عدم تناقضه مع النظرية الأخرى – قدر الإمكان- باعتباره جانباً واحداً يكون مع المنظورات الأخرى التكامل في النظر إلى الشخصية الإنسانية بشموليتها، باعتبار أن الباحث الذي يفسر السلوك من وجهة نظر واحدة، إنما يطمس حقيقة كون السلوك ظاهرة معقدة.

ما من أحد يستطيع إنكار دور اللاشعور في إحداث الأعراض التحولية، بسبب ما كان يحويه اللاشعور من خبرات وشهوات تم كبتها من فترة سابقة، وجدت طريقها إلى الظهور عن طريق الأعراض الجسمية، بفعل تراكم الحصر الذي بعث بسبب استدعاءه في موقف جديد كأزمة أو ضغط أو صدمة ما. وقد راعى الباحث أهمية هذا الأمر عند بناءه لبرنامجه العلاجي، وذلك عندما ضمنه استكناه الجذور اللاشعورية للمرض.

ومما لا شك فيه أن تلك الخبرات التي كبتت في اللاشعور، ما من أحد ينكر أنها نتيجة لتعلم خاطئ في التعامل مع الخبرات الصادمة السلبية، الأمر الذي أدى إلى نشوء عادة سلوكية خاطئة، ساعد على تعلمها استمرارية التعزيزات التي حصل عليها الفرد

نتيجة لحصول هذه الاستجابة الخاطئة، مما أدى إلى رسوخها. وقد راعى هذا الأمر عندما وضع أحد جوانب برنامجه العلاجي في إعادة التعليم الصحيح، والتدريب عليه وتدعيمه، ومحاولة التخلص من السلوك الخاطئ بالاستجابة المناسبة لذلك الموقف، وتدريبه عليها.

ومن المعروف أن الاضطرابات وجدت نتيجة لبنى ومخططات معرفية سلبية، ينظر الفرد بموجبها إلى ذاته والعالم من وجهة نظر سلبية، وتعمل المواقف المؤزمة والضغوط على تغذية هذه المخططات وتنشيطها مما يؤدي إلى ظهور الاضطرابات التحولية. وقد راعى الباحث هذا الأمر عندما أكد في برنامجه على فهم الأعراض، وتبصير المريض بها، ليعرف الأسباب الحقيقية وراء هذه الأعراض بشكل جديد، وبالتالي يكون بنى ومخططات معرفية جديدة تجاه الموقف، ويفكر بطريقة جديدة، ويسلك بموجبها فيتخلص من الاضطرابات التحولية.

وبما أن الاضطرابات التحولية تتحول من الجانب النفسي إلى الجانب الفسلجي (العضوي) فلا بد من وجود ضعف جسمي معين متمثل في العضو نفسه، أو في وظيفته، أو في مركز الدماغ المسؤول عن هذا العضو، والاختيار الرمزي. لذا راعى الباحث هذا الجانب عندما ضمن برنامجه العلاجي تنشيطا للدورة الدموية لخلايا الدماغ، من أجل تنشيط المراكز كافة والقشرة الدماغية، وكذلك تركيز هذا التنشيط في العضو المصاب.

6. الاضطرابات التحولية والتنويم الإيحائي:

للاضطرابات التحولية والتنويم الإيحائي تاريخ مشترك وطويل لا يتمثل في الاعتقاد السائد بأن الأشخاص المصابين بهذه الاضطرابات هم أنسب الأشخاص للمعالجة باستخدام التنويم الإيحائي فقط بل وفيما أظهرته وجهات النظر التي بحثت التشابه القائم بين بعض مظاهر الاضطرابات التحولية وظاهرة التنويم الإيحائي من نتائج دفعتها إلى الاستنتاج أن للحالتين أصل واحد (Meares,1961 :42). وكما هو معروف أن نقطة انطلاق التحليل النفسي ابتدأت من مشكلة الاضطرابات التحولية وطريقة علاجها بالتنويم الإيحائي، إذ عمل كلاً من فرويد وجوزيف بروير معاً لاستكشاف (نفس) المريض والبحث عن أصل

المرض كما كانا يردان الأعراض التحولية إلى انطباعات تأتي من الحياة السابقة وتعود للوعي أثناء التنويم الإيحائي (زيعور،1980 :220). واعتبرت الاضطرابات التحولية أنها المفضلة للعلاج بالتنويم الإيحائي (شرتوك،1992 :138).

ويشير بابنسكي Babinski في نظرية " الإيحاء " أن مرض الاضطرابات التحولية هو بكليته نتيجة للإيحاء، وأنه يشفى بالإيحاء. وهم يعتبرون الاضطرابات التحولية والإيحاء أمرين متوالفين لا فرق بينهما، وهناك بعض الصحة بهذا الرأي بالنظر إلى القابلية العالية لتقبل الإيحاء والتأثير الخارجي التي يتميز بها أصحاب الشخصية الهستيرية والمصابون بالاضطرابات التحولية (كمال،1988 :216).

واستخدم التنويم الإيحائي في علاج بعض الأشكال المرضية من الاختلالات والإصابات التحولية وبخاصة إزالة الأعراض ذات الطابع الجسمي التي تتجلى في شلل الأيدي والأرجل واستحالة الوقوف والسير، وتشنج الجفنين اللاإرادي، واللعثمة، والحبسة الصوتية، وفقدان السمع والنطق، وضيق الصدر والتي توجد في مختلف المستشفيات والعيادات العلاجية والجراحية (روجونوف وروجنوفا،1996 :316) فضلاً عن الغصة والنسيان واللجلجة (شرتوك،1992 :138).

وما لا شك فيه أن العلاقة بين الاضطرابات التحولية والتنويم الإيحائي مثيرة للجدل إلى حد ما (Hilgard,1977 :128) إذ استنتج جيل وبرنمان Gill & Brenman 1961 أن الأفراد العاديين أكثر استجابة للتنويم الإيحائي مما هو عليه الحال عند العصابيين إلا أن التحوليين هم أكثر استجابة له من بين العصابيين (Gill & Brenman,1961:43). في حين أشار فرانكل وأورن Frankel & Orne 1976 أن المرضى التحوليين ذوو استجابة عالية للتنويم الإيحائي (Frankel & Orne,1976 :36). وفي الحرب العالمية الثانية كثر ضحايا هذه الاضطرابات مما استلزم إيجاد وسائل سريعة وفعالية لعلاجها فما وجد أجدى وأنجع من التنويم الإيحائي. فقد استخدمه وليم ماكدوجال McDogall في علاج الاضطرابات ذات الأسباب النفسية مثل فقدان الذاكرة والعمى والصمم الهستيري وغيرها من الاضطرابات (ماكلير،1982 :147) وأشارت ليندال دافيدوف 1988 إلى أن أعراض الاضطرابات التحولية تختفي باستخدام التنويم الإيحائي (دافيدوف،1988 :671).

القسم الثاني: التنويم الإيحائي Hypnosis :

عرفت ظاهرة التنويم الإيحائي Hypnosis في البدء بمصطلح Mesmerism نسبة إلى فرانس مسمر Franz Mesmer 1734 –1815، الذي اعتقد بأن هذه الظاهرة تتضمن انتقال تأثيرات "مغناطيسية حيوانية" animal magnetism. بدأ مسمر بعلاج المرضى بتمرير مغناطيس على أجسامهم. ثم استبدلها "بتمريرات" passes من يديه على جسم المريض معتقداً أن "المغناطيسية الحيوانية" الموجودة في جسمه تنشط المائع المغناطيسي في جسم المريض التي يكون المرض قد أضعفها. وأهم ما يميز ظاهرة "التنويم المغناطيسي" هو أنها تجعل المريض في حالة شبيهة بالنوم. أما مصطلح Hypnosis فهو التعبير الذي يطلق على الظاهرة نفسها بعد أن نبذت فكرة علاقتها بالمغناطيسية الحيوانية. لذلك فإن ترجمة مصطلح Hypnosis بـ "التنويم المغناطيسي" هو في الواقع خطأ شائع سببه التلازم التاريخي بين ظاهرتي mesmerism و Hypnosis (حسين و فتوحي، 1995 :55)

1ـ نبذة تاريخية:

ظهر التنويم الإيحائي مع ظهور الحياة الإنسانية على وجه الأرض وله جذوره العميقة في تاريخ الفكر البشري قبل أن يتحول في السنوات الأخيرة إلى علم قائم بذاته، له قواعده وأصوله. فقد عرفته البشرية ومارسته في مختلف العصور بصور وأشكال شتى (لولو،1992 :21). ولكون الخرافة تسبق المعرفة في العلوم جميعها، فكل فكرة تمر بثلاث مراحل :

أولاً- الفكرة مستحيلة.

ثانياً- الفكرة خارجة عن المألوف.

ثالثاً- تصبح الفكـــرة بديهيـــة لدرجـــة أن كـــل إنســـان يعرفـــها طـــوال الوقـــت (جهشان،1983:21) فمنذ القدم كان لبعض الناس تأثير نفسي علـــى أشـــخاص آخريـــن ، ومازال ذلك إلى اليوم، وأن ما خلفته الأجيال الغابرة من كتابات متناثرة وصور منقوشـــة، تدل بوضوح على أنهم عرفوا التنويم ومارسوه، وأن كثيراً من الأسرار التي كانت تحيـــط بالسحر والكهانة والفراسة وغيرها من العلوم، إنما كانت قائمة علـــى معرفتـــهم للتـــأثير النفسي واستخدام التنويم، إذ كان من الشائع أن هناك فئة من الناس يملكون قـــوة ســـرية مستقرة تتيح لهم ممارسة التحكم بمشاعر الآخرين من حيث الإقناع والأمر والنهي.

وقد ساير التنويم الإيحائي تاريخ الحضارة الإنسانية ورافقها في كل مراحلـــها منـــذ القدم، حتى وصل إلى مرحلته الحالية إذ غدا علماً مستقلاً بذاته أو مرتبطاً بالعلوم النفســـية سواء من حيث الموضوع أو من حيث الاستخدامات. وهذا مـــا يدعـــو إلـــى اســـتعراض مراحل تطوره بشكل مختصر، وإن هذا الاستعراض لا يعني أنه تطور في خط واحـــد – كما سيلاحظ – بل إنه وجد عند الشعوب المختلفة بتسميات مختلفة وإن التقسيم إلى حقـــب وفترات هو مسألة توضيحية بحتة:

أـ الحضارات القديمة:

يعود تاريخ التنويم في العصور القديمة إلى الرسوم الصخرية في مصر القديمة، وإلى كهنة إله الشفاء الإغريقي "أسكاليي" وإلى أشعار وقصائد "مهابـــهاراتا" الهنديـــة القديمـــة وكتاب "تيبيتاك" البوذي المقدس، وأساطير ومعجزات الشفاء والأحلام والتنبؤات والـــرؤى الإلهية، وحالات التجسد الخارقة التي تغص بها كتب الديانات القديمة، وتعـــاليم أصحـــاب المعجزات بـــدءً مـــن أهرامـــات مصـــر القديمـــة، وحتـــى هـــذا اليـــوم (روجنـــوف وروجنوفا،1996:7).

وكان الكهنة المصريون يمارسون العرافة وهم في حالة الغيبوبة التامة الناتجة عـــن تحديقهم بأشياء براقة ذات نقوش عجيبة، وكان بعض الكهنة يمارسون طقوســـهم الدينيـــة وعيونهم مغمضة، ليهيئوا نفوسهم لمشاهدة الآلهة كما يعتقدون، وكانت الغيبوبة التي تنشـــأ

في الهيكل، أثناء الصلاة نوعاً من التنويم الإيحائي، وكان هذا الأمر شائعاً حتى عند غير المصريين القدامى، إذ كان الوثنيون بصورة عامة يعتقدون هذا الاعتقاد فقد كانت سير الآلهة والتمائم والأناشيد الدينية تلقى بنغمات رقيقة مؤثرة، جامعة لوسائل التأثير الإيحائي لجعل المتعبدين في حالة تخدير وغيبوبة (لولو، 1992 :23).

أما الآشوريون وحضارة بلاد ما بين النهرين فكانوا يعالجون الأمراض بوضع الأيدي، والإيحاء، وطقوس دينية متعددة. ومارس الإغريق حركات تشبه السحبات أو التمريرات اليدوية التي يستخدمها المنومون، وكان هناك متخصصون في بعض الهياكل للاستشارات العلاجية (لولو، 1992 :24). وكان الطب عندهم ضرباً من الكهانة التي لا يعرف أسرارها غير الكهنة، وإن أطباؤهم حتى أشهر مشاهيرهم كانوا يعالجون الأمراض بطريقة شبيهة بالسحر، وهذه الطرائق لغرابتها تشبهها – إلى حد ما– بعض أساليب التنويم المعروفة الآن. ومن أدلة استخدامهم للتنويم قول سقراط: إن الأمراض الجسمية تراها النفس ولو كانت عيون المريض مغلقة. ويعتقد الكثير منهم أن حرارة الكف وحدها كافية لشفاء كثير من الأمراض التي لا تشفيها الوسائل الطبية (الأزيرجاوي،1974 :53-54). ويؤكد هذا ما دونه تاسيتوس Tacitus عن هيبوقراط إذ يقول "بينما كنت أربت على أجسام مرضاي ملاطفاً،غالباً ما بدا لي كأن هناك خاصية غريبة في يدي تشد وتخرج الأوجاع من الأجزاء المصابة، ويحصل ذلك بوضع يدي على المكان المصاب وبمد أصابعي نحوها، وذلك ليعرف المتعلم أن الصحة يمكن أن تفرض على المريض بحركات معينة، وبالاتصال تماماً كما ينتقل المرض من إنسان إلى آخر" (جهشان،1983 :23).

ب- العصور الوسطى:

نشأ هذا العلم عند للفراعنة والبابليين والصينيين كما أسلف القول. ثم انتقل منهم إلى اليونان والرومان، وظل ينازع البقاء حتى احتضنته أوربا في القرون الوسطى، وأسبغت عليه أسماء متعددة منها السحر، قراءة الأفكار، العلم الهندي، قوة الإرادة، قوة الروح،

النوم اللاطبيعي، علم النفس، التنبـؤ، اليقظـة النوميـة، القـوة العقليـة، المغناطيسـية الشخصية... حتى أصبح أسمه التنويم المغناطيسي (الخفاجي،1970 :9).

بيد أن التاريخ الحقيقي للتنويم كعلم بدأ حوالي سنة 1500 م بظهور المعالج الأوربـي الشهير باراسيليوس Paracelsus، الذي مزج في ممارسته للعلاج بيـن العلـم والتنجيـم وطرائق التنويم، ثم ظهر عام 1960 فالنتيني غريـت ريكـس Valentine Greatrakes بوصفه معالجاً للمرضى. ومن عام 1770م حين أثبت غانسر Gansser قدرته على شـفاء الأمراض جامعاً بين الدين والإيحاء (صبري،1962 :13).

جـ- الاعتراف العلمي به والتطور اللاحق:

لم يتلمس التنويم الاعتراف العلمي به إلا عندما حل عام 1773 م وطلع فرانز أنطـون مسمر Franz Anton Mesmer بنظرية المغناطيسية الحيوانية الخفية Invisible animal Magnetism وعرفت باسم المسمرية mesmerism، الذي اعتقد بـأن هـذه الظـاهرة تتضمن انتقال تأثيرات مغناطيسية حيوانية، وبدأ مسمر بتطبيق اكتشافه بعلاج المرضـى بتمرير مغناطيس على أجسامهم، ثم طور لاحقاً أسلوبه فأستبدل المغنـاطيس بتمريـرات Passes، من يديه على جسم المريض، معتقداً بأن المغناطيسية الحيوانية موجـودة فـي جسمه، وأن هذه المغناطيسية الحيوانيـة الموجـودة فـي جسـمه، تنشـط دورة المـائع المغناطيسي في جسم المريض التي يكون قد أضعفها المرض. وأهم مـا يمـيز ظـاهرة التنويم المغناطيسي هو أنها تجعل المريض في حالة شبيهة بالنوم (حسين و فتوحـي،1995 :55). وقد أثارت هذه النظرية فيما بعد نشاطاً واسعاً لدى العلماء، ونقاشـاً كثـيراً بعـد النشاط الذي أبداه مسمر وادعائه بأن المغناطيسية الحيوانية يمكن خزنها بالأشياء الجـامدة بدرجة كبيرة، وأن هذه الأشياء تمتلك قوة الشفاء (أبو الشامات، 1955 :6).

وتجدر الإشارة إلى أن الجمعية الملكية الفرنسية درست نظرية مسمر، وتوصلت إلـى نتائج مشابهة لآراء كثير من الخبراء هذه الأيام حول تلك النظرية (صـبري،1962 :14)

وأولت أكاديمية الطب الفرنسي عناية خاصة بدراسة هذا الموضوع المهم، فشكلت لجنة لدراسة هذه الآراء فجاء تقريرها مؤيداً لنظرية مسمر عن السيالات الحيوية (غالب 1981:37).

مراحل تطور التنويم بعد مسمر:

(1) عام 1784 أكتشف المركيز بوسيسكور de puysegur التنويم الإيحائي بصورة منفصلة عن الاستجابة التي توصل مسمر.

(2) عام 1815 توصل الأب فاريا Abbe Faria إلى أن الإيحاء هو السبب في التنويم الإيحائي.

(3) عام 1829 أجرى كلوكيوت Cloquet في باريس جراحة من دون ألم.

(4) عام 1837 كان أوديت Oudet أول طبيب أسنان في فرنسا قلع سناً من دون ألم مستخدماً التخدير بالإيحاء. وفي نفس السنة ألقى البارون ديبوتيت Dupotet في إنجلترا محاضرة عن المغناطيسية الحيوانية.

(5) عام 1838 استخدم اليوتسون Elliotson المغناطيسية في مستشفى لندن لكنه لم يلق الاهتمام اللازم من المجلس الطبي البريطاني.

(6) عام 1843 تمكن برايد Braid في مانشستر بإنجلترا من الوصول إلى استجابة للنوم بتركيزه انتباه المريض وتثبيت نظره، كما ألف كتاباً عن التنويم العصبي Newrybnology وعندها ظهرت عبارة التنويم المغناطيسي لأول مرة. وفي نفس السنة أسس إليوتسون Elliotson عيادات للتنويم الإيحائي في أدنبرة وفي دبلن.

(7) عام 1880 أسس شاركو Charcot الاختصاصي بالأمراض العصبية مدرسة باريس للتنويم الإيحائي.

(8) عام 1882 اشترك برنهايم Beranheim مع ليبولت Liebeault في تأسيس مدرسة نانسي Nancy للتنويم الإيحائي.

(9) عام 1885 قاد فرويد Freud اهتمامه بالتنويم الإيحائي إلى مدرسة شاركو في باريس.

(10) عام 1891 أعلن الدكتور تشارليز ليبون Charles Lippon من مدينة هارسفيلد أنه قلع عشرين سناً دون ألم أو نزف بعد أن نوم المريض بواسطة التنويم الإيحائي.

(11) عام 1894 أعلن بونول Bonwill في أمريكا عن استخدام التنويم الإيحائي في طب الأسنان في مناطق متعددة من البلاد.

(12) عام 1918 أثارت الحرب العالمية الأولى الاهتمام باستخدام التنويم الإيحائي للأغراض العلاجية.

(13) عام 1933 زاد الاهتمام بالتنويم بعد نشر كتاب التنويم الإيحائي وقابلية الإيحاء Hypnosis and Suggestibility الذي أصدره مختبر هل Hull العلمي للتجارب.

(14) عام 1939-1945 أدى ازدياد الحاجة للعلاج النفسي إبان الحرب العالمية الثانية إلى انتشار استخدام التنويم الإيحائي. ثم ظهرت بعد الحرب مؤلفات عديدة في مجال التنويم الإيحائي السريرية والتجريبية.

(15) عام 1948 تأسست في إنجلترا الجمعية البريطانية للتنويم الإيحائي الطبي.

(16) عام 1949 تأسست في الولايات المتحدة الجمعية الأمريكية لطب الأسنان النفسي Psycho-Somatic Dentistry.

(17) عام 1953 تأسست في إنجلترا الجمعية البريطانية للتنويم الإيحائي السني.

(18) عام 1957 حصلت جمعية طب الأسنان في ولاية ميشيغان في أمريكا على قرار من المدعي العام للولاية يقضي بشرعية استخدام التنويم الإيحائي في طب الأسنان (صبري،1962 :15-18).

د- التنويم الإيحائي في الوقت الراهن

منذ أن اعترفت الثورة العلمية بالتنويم، وأقرت فائدته في العلاج رسمياً، اعترفت كل من نقابة الأطباء في إنجلترا وأمريكا بالتنويم بوصفه علاجاً علمياً عام 1958، وتأسست في التاريخ نفسه الجمعية الأمريكية للتنويم الإيحائي التجريبي السريري، وهو الآن يستخدم

على نطاق واسع في الجراحة وطب الأسنان، ومجالات نفسية أخرى (تايلور،1985:193194).

ومن أحدث التقارير حول هذا الموضوع تقرير جمعية الطب النفسي الأمريكية الذي ورد فيه ما يأتي "التنويم الإيحائي طريقة متخصصة من طرائق العلاج النفسي، وهو، بهذه الصفة، يكون مجالاً من مجالات العلاقات بين المعالج والمريض. والتنويم الإيحائي، في ممارسة العلاج النفسي، يقدم مساعداً يمكن استخدامه في البحث والتشخيص والعلاج. وبوسعه أيضا أن يكون مفيداً في قطاعات أخرى من الممارسة والبحث" (شرتوك،1992 :27). ولعل أفضل ما يمكن أن يوضح ما توصل إليه التنويم الإيحائي هو التحدث عن استخداماته ونظرياته.

2 خصائص التنويم الإيحائي:

إن بعض مظاهر التنويم يمكن ملاحظتها ليس من خلال العملية التنويمية بحد ذاتها فحسب، بل أنها موجودة في الحياة اليومية لكن لا تعار اهتماماً كافياً. فهي موجودة لدى أناس عاديين أو مرضى مصابين بأمراض نفسية أو عقلية، فالهلوسة والتخشب العصبي والسرنمة (السير والكلام أثناء النوم)، وعدم الإحساس بالألم، والشلل العصابي. كل هذه الظواهر موجودة وملاحظة ويمكن إحداثها عند أي إنسان طبيعي بواسطة الإيحاء المتأخر المفعول، الذي يضع المرء في غشية تبدأ وتنتهي مع ذلك الإيحاء (ريزل،1988 :5-52). وفضلاً عن ذلك يمكن ملاحظة المظاهر الآتية أثناء التنويم:

أ- التخشب (الجمدة): الذي يمكن إحداثه عند من لديهم استعداداً كبيراً للتنويم.

ب- الصلة والألفة: بين النائم والمنوم إذ لا يسمع ولا يتجاوب النائم إلا مع المنوم (ريزل،1988 :51).

ج- تنفيذ أوامر المنوم: أي ذلك الدافع القوي عند النائم لتنفيذ أوامر المنوم وإرضاءه (جهشان،1983 :101).

د- التخدير التنويمي: بإمكان المنوم إحداث تخدير لأجزاء معينة من جسم النائم ومنع الألم والإحساس فيه إلى الحد الذي تغرس فيه أدوات حادة لا يشعر بها المفحوص.

هـ- الإرهاف الحواسي: خفض عتبة السمع والشم والإحساس بالحرارة، وتحسين الرؤية، إذ يستطيع النائم الإحساس بدرجة عالية لأدق المنبهات.

و- الإحساس بالزمن: لا يفقد النائم إحساسه بمرور الزمن، بالرغم من أنه لا يقدر الوقت تقديراً صحيحاً أحياناً.

ز- النسيان: يتذكر النائم في الدرجات الخفيفة من التنويم كل ما حصل أثناء الجلسة بعد الإيقاظ. بينما يمكن أن ينسى النائم جزءً من الجلسة أو معظمها في الدرجات العميقة والمتوسطة تلقائياً أو بالإيحاء.

ح- النكوص العمري: يتذكر النائم الحدث وكأنه يعيشه فعلاً، فهو يتصرف حياله كما يفعل ذلك في الواقع. وهذا النوع من التذكر له أهمية كبرى في العلاج النفسي، فهو يوفر على المعالج وقتاً طويلاً من البحث والتقصي عن سبب الاضطراب الذي يعانيه حالياً.

ط- استحداث الأحلام: الإيحاء للنائم بأنه يحلم حول موضوع معين سواء أثناء الجلسة التنويمية أو أثناء النوم الطبيعي (كمال،1990: 435) (جهشان،1983: 99-113).

ي- التركيز الانتقائي للانتباه: تكثيف شدة الانتباه وتضييق نطاقه لدى النائم (ريزل،1988: 50).

بيد أن دافيدوف ووفقاً لحالة التغير في الوعي ترى أن أبرز خصائص التنويم هي:

أ- فقدان التلقائية: ينخفض الإحساس والتفكير التلقائي إلى أدنى درجة وربما إلى درجة العدم، ويتوقف الأفراد عن التخطيط لما يريدون فعله وينتظرون إيحاءات خارجية قبل بدء النشاط مرة أخرى.

ب- القدرة على الاختيار: يركز النائم على صوت المنوم، ويتجاهل تماماً أية أصوات أو أشكال أخرى، ويزيلها نهائياً من وعيه.

ج- التقليل من اختبار الواقع: تحت تأثير التنويم يكف الأفراد عن مقارنة إدراكهم بالواقع كما يكونون عادة، بل ويميلون إلى قبول ما هو غير عادي، فقد ينطق النائم بأشياء يراها وعيناه مفتوحتان، ويعجز عن رؤية حقيقية موجودة أمام عينيه.

د- القيام بأعمال غير عادية: يمكن أن يتصرف النائمون البالغون وكأنهم أطفالاً أو كأنهم يمرون بخبرات ماضية.

هـ - القابلية للإيحاء بعد فترة التنويم: يوحي المنوم أحياناً بأن بعض الكلمات أو الإشارات قد تسبب إحساساً خاصاً أو تؤدي إلى سلوك خاص بعد زوال فترة التنويم، فمثلاً يوحي المنوم لرجل سمين بأن رؤيته للكعكة تجعله يشعر بالميل للقيء، وعندما تظهر الكعكة فيما بعد يتجاوب الفرد طواعية دون أن يتذكر الإيحاءات السابقة ويميل إلى التقيؤ.

و- فقدان الذاكرة بعد التنويم: هذه الحالة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بحالة القابلية للإيحاء بعد التنويم، ومعنى هذا أن ينسى النائم شيء حدث أثناء التنويم إلى أن تظهر علامة متفق عليها من قبل (كطقطقة الأصابع) تؤدي إلى عودة الذاكرة (دافيدوف،1988 :314-316).

في حين يرى الخفاجي أن للتنويم مظاهر عدة أهمها:

أ- اختلاج الجفون وارتعاشها غالباً.

ب- ارتخاء عضلات الجسم.

ج- ظهور علامات الهدوء والارتياح على وجه النائم.

د- تثاقل التنفس.

هـ- انغلاق العينين تلقائياً أو بواسطة الإيحاء.

و- اختفاء سواد العينين تحت الأجفان العليا (الخفاجي،1970 :28).

3. خصائص القابلين للتنويم الإيحائي:

يتأثر كل إنسان طبيعي بالإيحاء، بيد أن هذا التأثر يعتمد على الحالة النفسية للفرد، وأن العوامل المعوقة لتفاعل الإيحاء هي ما يجب التنبه إليها وتحديدها ثم تبديدها، ليصبح

الإنسان مستعداً لتقبل الإيحاء وبالتالي التفاعل معه. فلقد أشارت دراسة برلمويل 1903 أن الأفراد جميعاً لديهم القابلية للتنويم الإيحائي إلى حد معين، ويمكن للمنوم أن يحصل على غشية عميقة في حين أن هذه النسبة كانت الـ (خمس) أو الـ (سدس) من المترددين على عيادته الخاصة فقط (شرتوك،1992 :82). ومع تضارب الآراء حول نسبة قابلية البشر للتنويم الإيحائي فقد وجد أن 95% من البشر يمكن تنويمهم، مع أن كل إنسان يعاني من مخاوف مصحوبة بردود أفعال فسلجية غير مسيطر عليها بشكل واعٍ أو كل إنسان لديه عادات سيئة يدفع إليها بتأثير من عوامل باطنية لا سيطرة له عليها وعياً. أو أي إنسان لديه عقدة نفسية مصحوبة بردود أفعال فسلجية شرطية، أولئك لديهم استعداداً قوياً وقابلية عالية للتنويم (جهشان، 1983 :133-134).

أما عالم النفس إرنست هيلجارد فوجد من الكيفية التي استجاب بها 533 طالب جامعي للتنويم أن 25% منهم وصلوا إلى درجة تنويم مرضية، ودخل 25% منهم في حالة من الوجد العميق Trans حتى أنهم بدءوا في الهلوسة وعيونهم مفتوحة، في حين أن 5%-10% منهم لم يستجيبوا، أما الباقون فكانت استجابتهم متوسطة (Hilgard,1965 :150). في حين أخفق أتوفيتر سترلندين السويدي في تنويم 3% فقط من مجموع 3148 فرد. وأعلن ميلين برلمويل عن حالة أخفق فيها سبعاً وستين مرة مع المريض نفسه، ولكنه ما انفك يحاول ولقد أسعفه الحظ في المرة الثامنة والستين، وشفي المريض من الأكزما في غضون أسبوعين (بليفير،1990 :43).

وللعوامل الشخصية أهمية كبيرة في استجابة الشخص للتنويم فقد وجدت جوزفين هيلجارد Josephine Hilgard 1970 أن الأفراد الذين ينغمسون في الخيال هم الأكثر استجابة للتنويم الإيحائي (Hilgard,1970 :138).

أما الشخص الذي يصعب تنويمه فقد يعود ذلك إلى أسباب عدة منها وجود خوف مستتر من فقدان السيطرة بدلاً من الاسترخاء وترك التنويم الإيحائي يحدث، فالشخص المتوتر والقلق لا يمكن تنويمه إلا بعد أن يجد المنوم طريقة مناسبة لطمأنته وتفهيمه للأمر وتلك مهمة المنوم الماهر (دار الرشيد،1991 :144). وتوصلت الدراسات الحديثة ومنها دراسة باسكاليز وآخرين Pascalis, et al 1998 إلى أن العلاقة بين التنويم الإيحائي

والقابلية الإيحائية تتجلى بأن ذوي القابلية العالية –التي تختبر عادة بمقاييس خاصة قبل الشروع بالتنويم– كانوا أكثر قابلية للتنويم من الأفراد ذوي القابلية التنويمية الأقل (Pscalis, et al,1998 :255-275). ويؤكد هذا الأمر كنج وكونسل Kang & Counsel 1998 في دراستهما عن القصدية أثناء التنويم الإيحائي عندما أوضحا أن ذوي القابلية الإيحائية العالية كانت استجابتهم للتنويم أفضل من ذوي القابلية الواطئة (Kang & Councel,1998 :295-313). وأبانت دراسة كاردينا وآخرين Cardena, et al 1998 في دراستهم عن التأثيرات الإيحائية كوسيلة جديدة من وسائل التنويم الإيحائي أن القابلية الإيحائية تعد من الوسائل المساعدة على التنويم (Cardena, et al:1998:280-294).

أما التفكك أو الانفصال Dissociation في التنويم الإيحائي فقد خلصت دراسة وودي وفارفولدون Woody & Farvoldon 1998 إلى أن للقابلية الإيحائية العالية دور فعال في التنويم الإيحائي المرضي (Woody & Farvoldon,1998 :206-216).

ويرى الجلبي أن ثمة عدداً من الخصائص التي يجب توفرها في الأشخاص القابلين للتنويم الإيحائي هي:

أ- الأطفال، والأصغر سناً أكثر قابلية للتنويم.

ب- الإناث أكثر قابلية للتنويم من الذكور.

ج- المثقفون وذوو الإرادة القوية أكثر قابلية من ضعيفي الإرادة والعقل.

د- الأكثر نحافة هم الأكثر قابلية.

ه- سريعوا التصديق أكثر من الماكرين المتيقظين.

و- سكان المناطق الحارة أكثر من المناطق الباردة.

ز- الأكثر اعتقاداً بالتنويم والمنوم أكثر قابلية للتنويم.

ح- الأكثر جرأة أكثر قابلية للتنويم من المترددين (الجلبي،1964 :22-23).

في حين يرى الخفاجي أن أهم خصائص القابلين للتنويم هي:

أ- أن يكونوا أذكياء ومثقفين.

ب- أن يؤمنون بالمنوم ويثقون به.

ج- أن يكونوا أقل عمراً وثقافة من المنوم.

د- أن يكونوا منسجمين مع المنوم (الخفاجي،1970 :11-12).

أما الجوهري فيرى أن الناس جميعهم يمتلكون القابليـــة للتـــأثر بالإيحـــاء بدرجـــات متفاوتة، وأنه يمكن لكل فرد تحسين قابليته للتنويم بالمران، بيد أن ثمة أناس أكـــثر تـــهيئاً للتنويم -كما يرى- يتميزون بـــ:

أ- تطرفهم في ميولهم، وكراهيتهم لأشياء من قبيل التطلع إلى المرآة بتقزز واضطراب.

ب- كراهيتهم للّون الأصفر والميل للأزرق.

ج- الشعور بالصداع الخفيف.

د- انزعاجهم من رؤية الحريق، وضوء القمر.

هـــ- لا يحبون ركوب الخيل والمحافل الاجتماعية.

و- فضلاً عن أن لهم بعض المميزات الجسمية منها الإبهام القصير الدقيق، والأذن التي من دون شحمة (الجوهري،1988 :243-244).

ويؤكد لولو أن أكثر الناس قابلية للتنويم هم أصحاء الأجسام، وسليموا العقول، فلقـــد دلت الاختبارات الخاصة أنه لا يمكن تنويم المعتوه لأنه لا يملك قوة التركيز التـــي لا بـــد منها (لولو،1992 :15).

أما رويحة فيرى أن الأفراد القابلين للتنويم ينتمون إلى النماذج الآتية:

أ- الأذكياء الذين يستطيعون تركيز أفكارهم.

ب- الذين يؤمنون بالاعتقادات الغامضة والسحرية والمعجزات.

ج- الذين اعتادوا على الطاعة في حياتهم العملية.

د- المدمنين على تناول المسكرات، واستعمال الأدوية المنومة، وما شابه ذلك.

هـ- الذين مروا بأحداث وخبرات غير سارة وينشدون السلوى منها.

و- الذين يخفون في صدورهم أسراراً، ويريدون التخلص منها بالمصارحة أثناء التنويم.

ز- صغار السن والجنود (رويحة،1987 :122).

ويقول سعيد أن خصائص الشخص ذو القابلية العالية للتنويم هي أن يكون :

أ- صحيح الجسم خالٍ من الأمراض الجسمية والعقلية.

ب- ذو قلب سليم وأعصاب هادئة.

ج- من ذوي الثقافة والمعرفة وذو خلق حسن.

د- من ذوي الأجسام المتوسطة والنحيفة.

هـ- من ذوي الرغبة والدافعية للتنويم.

و- أن يكون عمره بين 13 ـ 60 عام (سعيد، ب.ت :57).

ويضيف فتحي أن المصابين بالهستيريا هم أ كثر الناس استعداداً للتنويم الإيحائي، يليهم ذوو المزاج العصبي (فتحي،1983 :141).

ومما سبق يمكن القول أن هذا التباين في آراء (واجتهادات) الذين حاولوا استخلاص الخصائص المميزة لذوي القابلية العالية أو حتى الجيدة للتنويم الإيحائي في الوطن العربي، تعكس مدى الحاجة إلى دراسات وبحوث علمية رصينة وشاملة يقوم بها فريق بحثي، تحدد ماهية الخصائص النفسية والاجتماعية المميزة لهم، فضلاً عن الحاجة إلى معايير ومحددات علمية دقيقة يمكن الاعتماد عليها في تشخيص أو تصنيف مستويات القابلية التنويمية.

وإذا كانت خصائص الأشخاص القابلين للتنويم محل اهتمام دارسوا التنويم الإيحائي فإن شرتوك قام بدراسة علمية لاستخلاص خصائص أولئك الأشخاص في مقابل غير القابلين للتنويم وميز بين نوعين من الحالات:

أ- حالات الرفض الإرادي.

ب- حالات فقدان الاستعداد للتنويم الإيحائي.

كان معظم الأشخاص غير القابلين للتنويم موضع متابعة طبية، وأجريت لهم عمليات جراحية لم تثمر في تراجع أعراضهم، وكانوا جميعهم متوافقين اجتماعياً، وكانت شخصياتهم جميعاً مضطربة جداً، ويجسدون ما يمكن تسميته (بالذهان العضوي) ترافقه بنية نرجسية جداً، وكان اتصالهم بالواقع عابراً. أما الأفراد الذين لهم قابلية للتنويم الإيحائي فكانوا جميعهم متوافقين اجتماعياً، واتصالهم بالواقع جيداً، وإن كانوا يعانون من

بعض مشكلات الصراع إلا أنهم يتمتعون بتوافق جيد إلى حدٍ كافٍ، ولم تكن لهم بنيات وسواسية (شرتوك،1992 :83-84).

ويعد العمر أحد العوامل التي تسهم في تحديد درجة استجابة الشخص للتنويم، إذ تزداد استجابة الأطفال للتنويم حتى سن العاشرة، ويقل مدى تقبل تجربة التنويم كلما أصبح الصغار أكثر انقياداً، وأكثر انفتاحاً على العالم (Barber & Calverley,1963 :589).

ومما يجدر ذكره أن عالم النفس إرنست هيلجارد Ernest Hilgard قدم نظرية حاول من خلالها تفسير الفروق الفردية في قابلية الأفراد واستعدادهم للتنويم الإيحائي (Hilgard & Hilgard,1962 :271) (Hilgard,1962 :307) ويمكن صياغة هذه النظرية في ثلاث مجموعات اقتراحية هي:

أ- المقترحات التطورية:

تهتم هذه المقترحات بالتجارب الممتدة مع حياة الشخص، والتي تحدد نوع الشخص الذي قد يصل أو قد لا يصل إلى المرحلة التنويمية ومن الذي يستطيع إظهار بعض الظواهر التنويمية دون غيرها، وتتضمن هذه المقترحات ما يأتي:

أولاً- يولد جميع الصغار برغبة في تطوير القابلية على الخضوع في تجربة التنويم الإيحائي الصعبة (Shor,1959 :601).

ثانياً- إن قابلية الطفل على فصل نفسه عن الواقع الموجود والانغماس كلياً في الخيال أو المغامرة قد يمكن الحفاظ عليها إذا ما تم تشجيع الطفل من خلال المعاملة الطيبة أو المكافأة أثناء القيام بهذا النوع من الممارسات (Bandura & Walters,1963 :309).

ثالثاً- من المحتمل أن تكون هناك مرحلة مهمة قد تبقى خلالها هذه السلوكيات أو أنها قد تضيع، وتقع هذه المرحلة في المدة الممتدة بين اكتساب اللغة إلى بداية النضوج.

رابعاً- بعد أن يتم بناء خلفية جيدة في الحفاظ على مقدرة طبيعية من الممارسة، سيؤدي ذلك إلى تولد تجارب جديدة معتمدة على هذه الخلفية ومعززة بالتالي القدرات المناسبة.

خامساً- إن لتأثير شخصية الأب أو الأم دوراً في المحافظة على زيادة أو تقليل أو إنهاء القابلية على الخضوع للتنويم الإيحائي (Hilgard,1964 :276,310).

سادساً- من وجهة نظر علم الصحة النفسية، لا تفضي المواقف الفكرية الأبوية المشجعة جميعها إلى إيجاد القابلية على الخضوع للتنويم الإيحائي، والعكس بالعكس، أي لا تمنع كل المواقف الفكرية الأبوية غير المشجعة وجود القابلية على الخضوع للتنويم الإيحائي.

سابعاً- إن خصخصة التجارب وفق أنواع عديدة سيؤدي إلى ظهور استجابات معينة ضمن قابلية الخضوع للتنويم الإيحائي (Hilgard & Hilgard,1965 :311).

ب- المقترحات التفاعلية:

وتعنى بما يحصل خلال عملية إحداث التنويم الإيحائي وخلال الحالة التنويمية، إذ أنه من الواضح أن بعض التفاعلات المهمة تحدث بين المنوم وبين النائم، وأن طبيعة هذا التفاعل تعتمد على نوعية الأشخاص النائمين، والدور الذي يقومون به وماهية المعالجة التي يستخدمها المنوم (Gill & Branman,1959 :304)، وتضم هذه المقترحات:

أولاً- ما لم تكن جلسة التنويم الإيحائي من نوعية تلك الجلسات التي تثير الثقة، فإن الاستجابات الأولية التي يراد منها إحداث التنويم الإيحائي ستعتمد بشكل ضئيل على خصائص المنوم.

ثانياً- يتعلم الشخص ذو القابلية على الخضوع للتنويم، وبعد جلسات عدة أن يدخل في الغشية التنويمية بسرعة أكبر مما كان يفعل في البداية، ولكن ذلك لا يعني أبداً بأن عمق الغشية قد ازداد أيضاً (Hilgard & Weitzenhoffer,1963 :213).

ثالثاً- مع استمرار الأحداث التي تتم عبر المنوم نفسه تصبح الصفات الفردية للمنوم والنائم في تفاعلهما أكثر أهمية مما كانت عليه في البداية.

رابعاً- يحدث التفاعل التنويمي في المناطق الأكثر خلواً من الصراعات، أما إذا ما وصل صراع ما إلى التفاعل التنويمي، فإن ذلك قد يؤدي إلى إثارة الدفاعات التي قد تعيق التنويم الإيحائي.

خامساً– ترتبط تجارب الانشطار العقلي المتعدد والتي تنشأ عند الإحداث التنويمي، أو الإيحاءات أثناء التنويم الإيحائي مع تجارب تطورية معينة.

سادساً– ثمة العديد من المسالك الموجودة في التنويم الإيحائي والتي يمكن تنشيطها خلال الأحداث وعليه فإذا ما وجد أي مسلك من هذه المسالك بقوة كافية بحيث يشكل الأساس (أو نظام سلوكي) داخل الإحداث الشخصي فإنها قد تتواصل معه ومن ثم سيؤدي ذلك إلى حدوث حالة التنويم الإيحائي (Hilgard,1964 :298).

ج- مقترحات الحالة التنويمية:

تعنى هذه المقترحات - التي طُورت من مقترحات سابقة – بالفروق الفردية في قابلية الخضوع للتنويم الإيحائي وكيفية حدوثها، وذلك عبر تناولها شيء ما عن طبيعة الحالة التنويمية والتي تتضمن المقترحات الآتية:

أولاً– تعد الغشية التنويمية بحد ذاتها نتاج الإيحاء، ويمكن تناولها بشكل مستقل عن الاستجابة للإيحاءات، حتى ضمن هذه المرحلة.

ثانياً– على الرغم من ازدياد القابلية الإيحائية بعد إحداث الغشية التنويمية، إلا أن هذه الزيادة تكون طفيفة وغير كافية لوضع تعريف لقابلية الخضوع للتنويم الإيحائي.

ثالثاً– لا يمكن تعريف التنويم الإيحائي مع قابلية الخضوع للتنويم، بشكل عام، ويرتبط هذا المقترح مع مسألة الفروق الفردية في القابلية الإيحائية (كالسذاجة والاستجابة القوية للإيحاءات غير الشخصية) سوف لن تكون متنبأ بحدوث التنويم الإيحائي.

رابعاً– تمثل الحالة التنويمية بأنواع عديدة من الانشطارات العقلية الجزئية(Hilgard,1964 :310-319).

وعلى أية حال فإن هيلجارد يخلص إلى أن للشخص القابل للتنويم الإيحائي قابلية على تحريف الواقع بدرجة كبيرة، وعليه فقد لا يمكن الاعتماد عليه كمراقب – إلا أنه يستدرك بأنه–مع ذلك يعي تماما قيامه بتحريف الواقع ولديه أساليب للمحافظة على إدراك تام في الواقع، ويقدم تفسيراً معقولاً جداً عن الذي يجري في التنويم الإيحائي، ويتفق

تفسيره مع الاستنتاجات التي يقدمها المنوم لتوضيح الحدث الذي شاهده. ويؤكد هيلجارد أنه لا يجب الخلط بين الشخص القابل للتنويم وبين الشخص الهستيري الذي يستخدم تحريف الواقع لحل مشاكله الخاصة، أو بين القابل للتنويم والشخص الفصامي والذي لا يستطيع تكرار خبراته الوهمية أو الهلوسية عندما يطلب منه ذلك. ويقول "إن الشخص ذو الاستجابة العالية الخاضع لتجاربنا يتمتع بذات قوية Strong Ego بكل المقاييس، ويعود إلى الواقع وبثبات عندما يرغب بذلك، ويضيف مرونة لتوافقه إذ تلعب الطريقة التي ينحّي بها الواقع جانباً وبصورة مؤقتة دوراً كبيراً في ذلك" (Hilgard,1977 :182).

4 خصائص المنوم الإيحائي:

من المؤكد أن الخبرة الطويلة والمهارة التقنية تؤديان دوراً مهماً، ولا بد للتقنية أن تكون مرنة، وتتوافق مع الأفراد المختلفين، وأن تكون أفضل إعداداً بالنسبة للأفراد العسيرين. وربما كان هذا السبب الذي من أجله كان يؤتى بالمسرنمين (المهنيين) في عيادة الطب النفسي بفيينا. فنجاح الطالب من المرة الأولى له أهمية خاصة في هذا الأمر. وليس ثمة مقاييس دقيقة لشخصية المنوم، إذ كانت موضع دراسة أقل مقارنة بشخصية النائم، وكان مؤلفو عصر المغناطيسية الحيوانية يرون أن من الضروري أن يكون المنوم هادئاً لا يعاني ألماً وأن يحذر من خياله لكون النائم يستشعر ضروب قلق المنوم جميعها، ولا يمكن التأكيد أن الاستعداد للتنويم حصيلة بنية نوعية. وكما تتنوع أسباب تنويم المفحوص يمكن أن تتنوع تقنيات المعالج. وكان شيلدر يرى أنه يمكن أن يكون مدفوعاً برغبة لاشعورية من القوة والسيطرة على المريض، في حين يرى فيرنزي أن ثمة فروق فردية هائلة فيما يتعلق بالنجاح بين مختلف المنومين الإيحائيين يبدأ من 10% وحتى 80% و 90% بل 96% ، ويلفت الانتباه إلى وقار المعالج ونفوذه الاجتماعي وثقته بل وإلى خصائصه الجسمية كاللحية السوداء (التي ترافق الصور المتعارف عليها في عصر المنوم المغناطيسي، في حين هم حليقو اللحية وذوو مظهر رياضي هذه الأيام) (شرتوك،1992 :84-85).

وفي محاولة جيل وبرنمان 1959 لمعرفة الخصائص الشخصية للمنومين استخدما فيها منهج الاستبطان للمنومين، فضلاً عن جمع ملاحظات المحللين النفسيين الذين مارسوا التنويم أو عالجوا منومين، ثم كونا استبيانات إلى مختلف الباحثين، وتوصلا إلى عدم اكتشاف أية خصائص مميزة لشخصية المنوم الإيحائي. وإذا لم يتوصل الباحثون إلى تحديد سمات مميزة لشخصية المنوم فلا بد من الأخذ بالحسبان أن التنويم يتأثر بالعلاقة التي تلتقي فيها شخصيتان تؤدي كلاً منهما للأخرى دوراً متمما (شرتوك،1992 :85).

ويرى لولو أن من الخصائص المطلوبة للمنوم هي الثقة العالية بالنفس، والذكاء العالي، وصدق الاعتقاد في التنويم الإيحائي (لولو،1992 :46).

في حين يرى جهشان أن للمنوم الإيحائي خصائص ينبغي التحلي بها أهمها:

أ- أن يكون هادئاً في معاملة الآخرين.

ب- أن يكون ثابتاً في الأزمات.

ج- أن تكون له القدرة على اتخاذ القرار في التو ولا يرتبك.

د- أن يتحلى بالاتزان والعفة والالتزام الأخلاقي.

هـ- أن يكون منطقياً واضح التفكير.

و- أن يكون حاسماً واثقاً من نفسه.

ز- أن يكون مركزاً على أمر واحد في الوقت الواحد.

ح- أن يكون حسن المظهر والملبس والرائحة.

ط- أن يصدر كلامه من الحلق ليكون بارزاً يعطيه صفاءً ودقة في إخراج المقاطع، وذو جرس موسيقي، هادئ بعيداً عن الصراخ والفحيح، وأن يكون اللفظ (الذي يمكن تحسينه بالتدريب) واضحاً (جهشان،1983 :140-143).

أما أهم خصائص المنوم الناجح كما يرى الخفاجي فهي أن يكون:

أ- صحيح الجسم سليم العقل.

ب- قوي الإرادة والشخصية.

ج- واثقاً من نفسه مؤمناً بنجاحه.

د- متزناً هادئاً (الخفاجي،1970 :11).

ويحدد المدني أن المنوم لابد أن تتوافر فيه خصائص أهمها:

أ- ثقافة واسعة.

ب- قوة الشخصية.

ج- سلامة البنية.

د- الوفاء والمحبة وضبط النفس.

ه- القدرة على التأثير بالكلام.

و- حسن التصرف في المواقف الطارئة أثناء التنويم.

ز- صياغة الإيعازات برقة وثقة بالنفس.

ح- الصبر والحزم.

ط- عدم الخوف والوجل.

ي- القدرة على إخراج الصوت برنة ودفئ وعطف.

ك- عدم الإكثار من الأسئلة الغثة أو الصعبة (المدني،1996 :26).

في حين يشير سعيد إلى أن أهم الخصائص التي يجب توفرها في المنوم هي:

أ- عين ثاقبة وصحة جسمية وعقلية.

ب- شخصية إيجابية تتحلى بالعفة والتواضع والنشاط.

ج- إيمان راسخ بما يقوم به.

د- ثقة وسيطرة غير متنافية مع الدين والقيم.

هـ- الاتزان والهدوء (سعيد،ب.ت : 55-56).

والمؤهلات الضرورية للمنوم كما يراها الشياع هي:

أ- قوة الإرادة.

ب- الثقة الإيجابية بالنفس.

ج- الهدوء والشجاعة.

د- مرونة الإيحاء.

ه- الأنامل المغناطيسية.

و- الخيال الواسع والحس المرهف.

ز- القدرة العالية على التركيز الذهني.

ح- القدرة على التأثير في الآخرين (الشياع،1942 :93-100).

5. أنواع التنويم الإيحائي:

قد يتبادر إلى الذهن أن التنويم الإيحائي هو أن يقوم المنوم بتنويم شخص واحد وبشكل مباشر فقط، بيد أنه من خلال مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة تتمايز أربعة أنواع من التنويم الإيحائي من حيث تنفيذ الإيحاءات وإيصالها إلى المفحوص لإحداث التأثير المطلوب وهي:

أ. التنويم الفردي:

وهو أن يقوم المنوم المؤهل علمياً وعملياً بإحداث عملية التنويم لشخص آخر بشكل فردي، بهدف مساعدة الأخير علاجياً، أو تجربة متفق عليها مسبقاً، ويتم فيه غالباً استرخاء المفحوص، وتركيز نظره على عيني المنوم، والإنصات إلى صوت المنوم الذي يواصل الإيحاءات بشكل مرتب ومتسلسل حتى الدخول في الغشية، وتبقى الصلة بين المنوم والنائم في هذا النوع عن طريق الصوت واللمس والإشارات (الخامري،11:1994).

وهذا النوع من أنواع التنويم الإيحائي هو الأكثر استعمالاً وانتشاراً وتحدثاً عنه في الدراسات والأدبيات السابقة، وهو المستعمل في البحث الحالي لغرض العلاج النفسي.

ب. التنويم الإيحائي الجماعي:

هو قيام المنوم بإحداث عملية التنويم لمجموعة من الأفراد في المكان والزمان نفسه غالباً، ومن أحسن طرقه أن يتماسك أفراد المجموعة بالأيدي ويركزون نظرهم على شي معين، أو على المنوم، أو يغمضون أعينهم مع التركيز على صوت المنوم، في حين يقوم المنوم بإصدار إيعازاته عن طريق الإيحاء بالصوت والإيماءات، وغالباً ما يتم ذلك في

جو من الهدوء والأضواء الخافتة، مصحوباً بموسيقى رتيبة وهادئة (الخامري، 1994: 11).

ويستخدم التنويم الإيحائي الجماعي لأغراض تجريبية لانتقاء الأفراد الصالحين للتنويم الإيحائي، وتحسين قابلية التنويم لبعض أعضاء الجماعة، وينطوي على عناصر الدعم والإقناع فهو ذو خاصية توجيهية، ولا تختلف تقنية التنويم الجماعي عن الفردي في الملامح العامة (شرتوك، 1992: 203-204).

جـ- التنويم الإيحائي الذاتي Self Hypnosis:

إذا كان المنوم في النوعين السابقين يقوم بتنويم غيره فرداً كان أم جماعة، فإنه في هذا النوع ينوم ذاته، أي ينوم نفسه بنفسه، وذلك عن طريق الاسترخاء المتدرج، والتركيز المصاحب للإيحاءات المناسبة والبرمجة الذاتية بغرض التنويم وفي الوقت الملائم لذلك، لكي يستيقظ بعد انقضاء الفترة المحددة (الخامري، 1994: 12). ويمكن للمرء أن يقوم بتنويم نفسه بنفسه بعد التدريب والممارسة، ويوحي لنفسه بما يريد قبل الدخول في الغشية التنويمية (الخفاجي، 1970: 75).

والهدف الأساس من التنويم الذاتي هو إقناع المفحوص بعدم وجود أي شي سحري حول التنويم الإيحائي، فضلاً عن أن بوسعه الحصول على الإيحاء بمحاولاته الذاتية، فهو يستطيع أن يعلم نفسه بنفسه دون الخضوع لإشراف مباشر من المنوم. ولكون التنويم الذاتي يستلزم حالة تنويمية عميقة فإن المستفيدين منه نسبة قليلة من الناس (Magonet,1970 :24).

ويشكل التدريب على التنويم الإيحائي الذاتي أحد الأمور المثيرة التي يمكن تعلمها م الشخص الخبير في هذا الأمر لاسيما وأن الكتب لا تقدم سوى القليل من الخبرة والتي لا تقود دائماً إلى النجاح (هوفمان، 1988: 54).

ولا يخفى أن الصعوبة تكمن في كيفية إعطاء الإيحاءات إذ يتطلب ذلك الأمر حالة من اليقظة في حين يكون الشخص نفسه نائماً، ولذلك يمكن اللجوء إلى طريقتين هما:

أولاً– البرمجة المسبقة: أي يضع خطة كاملة للجلسة في ذهنه قبل المباشرة بالعملية التنويمية.

ثانياً– تسجيل البرنامج كاملاً من البداية حتى الاستيقاظ على شريط تسجيل، ثم تشغيله ومتابعة الجلسة خطوة خطوة حتى الدخول في الغشية وتنفيذ البرنامج، ثم الاستيقاظ حسب التعليمات (الخامري،1994 :12).

ومن أفضل طرائق تعلمه الخضوع أولاً لجلسات تنويم من منوم مقتدر، والإيحاء له بأنه يستطيع تنفيذ التنويم بنفسه. وقد لجأ الباحث إلى تزويد بعض المفحوصين –من غير عينة البحث الحالي– بهذه الإمكانية نظراً لحاجتهم الملحة لذلك، بعد أن عرف إمكانية تنفيذه بأمان.

د- التنويم عن بعد (التخاطري) Hypnosis at-a-distance

هو التأثير الإيحائي الذي يمكن لمنوم مدرب إحداثه في شخص بعيد عنه، عن طريق قوة الإرادة دون إشراك أية وسيلة في ذلك، وهو نوع من التفاعل عن بعد (دار الرشيد،1988 :58).

والتنويم الإيحائي عن بعد أو التنويم التخاطري هو حث التنويم الإيحائي لدى الشخص الذي هو خارج النطاق الحسي للمنوم (ثالبورن،1993 :88).

ولقد قاد البروفيسور بيار جانيه العديد من التجارب في التنويم عن بعد (التخاطري) عام 1885 وحقق نسبة نجاح 25/19 في تجاربه التي حضرها عدد غير يسير من العلماء وأقروا بحقيقتها. وتحتوي سجلات جمعية البحوث الروحية البريطانية التي تأسست عام 1882 على الكثير من الأدلة العلمية عن هذا النوع من التنويم. وبعد ذلك جاء العلماء السوفيت ليقدموا الكثير من الأدلة على حقيقة هذه الظاهرة فقد توصل فاسيلييف إلى تنويم أشخاص على أبعاد 20، 50، 500، 4500، 7700 متر إلى أن نجح في التنويم تخاطرياً

على بعد 1700 كيلو متر، لكن هل هذا يعني أنه بالإمكان تنويـــم أي إنســـان تخاطريـــاً؟ بالطبع لا. فهذه الظاهرة تندرج تحت عنوان الظواهر فوق الحسية الخارقة فلا بـــد مـــن توافر التوافق الفكري بين المرسل والمستقبل أي المنوم والمراد تنويمه، وإلا فلن يحصـــل أي تجاوب لأن العملية لا تتم من خلال الإيحاء المباشر بالكلام، بل بالإيحاء غير المباشـــر عن طريق التصور والشعور بالانفعال. ويحصل الإرسال من منطقـــة الفـــص الجبـــهوي الأمامي ويستقبل عن طريق الجهة اليمنى من المخيخ خلف الأذن (جهشـــان،1983 :213-214).

وهذا النوع من التنويم ممكن كما دلت التجارب إلا أنه عسير ويحتـــاج إلـــى مـــران طويل وإيمان عميق (الخفاجي،1970 :87).

وغني عن البيان أن هذا النوع من التنويم يعد نتاجاً للتكامل بين العلوم الإنســـانية، إذ هو جزء من علم النفس كونه قدرة على التركيز والإيحـــاء، وهـــو أيضـــاً جـــزء مـــن الباراسايكولوجي كونه قدرة فوق حسية (وسيلة) تحمل الإيحاءات من المرســـل (المنـــوم) إلى المستقبل (المفحوص) وهي قدرة التخاطر إحدى قدرات الإدراك فوق الحسي، وهـــي الفصيلة الأولى من الفصائل الثلاث الرئيسة التي تندرج ضمن مجال علم الباراسايكولوجي دراسةً وتطبيقاً.

ومن الجدير بالذكر أن أفضل طريقة يمكن بها إحداث التنويم التخاطري هـــي اتبـــاع الخطوات الآتية:

أولاً- تنويم المنوم للمفحوص تنويماً فردياً، ثم الإيحاء له أثناء الغشية العميقة بأنه سينام في المرات القادمة بمجرد أن يعطيه إشارة أو يسمعه كلمة معينة. ويؤكد له الإيحاء ثم يوقظه.

ثانياً- تنفيذ محتوى الجلسة الأولى وهو تنويم المفحوص بالإشارة أو الكلمة المعينة، والمنوم بعيد عنه لكنه يراه. ثم يوحي له أنه سينومه من وراء حاجز.

ثالثاً- تنفيذ محتوى الجلسة الثانية. وهو تنويم المفحوص من وراء حاجز والمنوم غير بعيد ولا يرى أحدهما الآخر. فإذا نام المفحوص يعطيه المنوم إيحاءً بأنه سينومه من

على بعد مسافات طويلة وحواجز عديدة، ويؤكد له أن هذه الحواجز لن تؤثر على الصلة بينهما.

ومما يجب التأكيد عليه في هذا الأمر أنه:

أولاً- لا يمكن القيام به بنجاح إلا لقلة من ذوي القابلية العالية للإيحاء من المفحوصين، ومنوم ماهر ذو خبرة قضى ردحاً من الزمن في التدريب والتجارب حتى اكتسبها (الخاطري،1994: 13-14).

ثانياً- لا يجوز القيام بتجارب التنويم عامة، والتنويم عن بعد (التخاطري) خاصة، إلا بعد توقيع اتفاق مكتوب بين المنوم والمفحوص ينص على ذلك، وقبل القيام بالتجارب.

6. طرائق التنويم الإيحائي:

من خلال الاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة وجد الباحث طرائق عدة تستخدم في التنويم الإيحائي منها ما هو قديم ومنها ما هو حديث، وهي وإن اختلفت وتعددت مسمياتها تتشابه معظمها من حيث الإجراءات أو الخطوات، وهي في النهاية توصل إلى الهدف ذاته وهو الدخول في الغشية التنويمية، فضلاً عن كونها تحد من التأثيرات الحسية أما بتركيز النظر على شيء ما، وأما بتركيز التفكير على فكرة ما، أو الإصغاء إلى صوت المنوم الرتيب والتجاوب معه، أو كلها مجتمعة.

وتجدر الإشارة إلى أن عدداً من الذين كتبوا في التنويم ذكروا طرائق عديدة للتنويم الإيحائي، فقد ذكر الشياع من هذه الطرائق: طريقة التحديق، وطريقة التحديق المماثل، وطريقة المرآة المتعبة، وطريقة الكرة البلورية، وطريقة الامتداد المماثل، طريقة الإغماض والإيحاء بالنوم، طريقة الأنامل، طريقة العين الكهربائية، طرائق التنويم القسري (الشياع،1942: 131-152).

وبعده ذكر أبو الشامات طرائق أربعة وهي: التمريرات مع اللمس، و التمريرات من دون لمس، و التحديق المركز، و التلقين الشفهي (أبو الشامات،1955: 31).

أما الخفاجي فعدد ثلاثة عشرة طريقة هي: طريقة التمريرات، التحديق، المواجهة، الشمعة، الضغط والمواجهة، الطريقة الإيحائية، طريقة لونج، المرايا الدوارة، طريقة

الإيحاء بواسطة شرب الماء، طريقة المصباح الكهربائي، طريقة الحبر، المرآة، الخرزة (الخفاجي،1970 :51-69).

في حين ذكر الطوخي طرائق متعددة منها: طريقة العد، طريقة التوقيت، التنويم عن بعد، طريقة وينفلد، طريقة مدرسة نانسي، طريقة مدرسة شارل ريشه، طريقة دوناتو، طريقة برنهايم، طريقة لاموت، طريقة رشدي، طريقة لاسيج (الطوخي،1991 :177-213).

ومن أهم هذه الطرائق:

أ- طريقة تثبيت النظر في شيء Eye Fixation:

تعد هذه الطريقة من أكثر الطرائق استعمالاً لسهولة تنفيذها فضلاً عن كونها تؤدي إلى الدخول في الغشية بسرعة. وتتم بالطريقة الآتية:

يطلب من المفحوص تثبيت نظره على شيء موضوع أمام عينيه وفوق مستوى نظره بقليل، وفي الوقت الذي يحدق فيه على ذلك الشيء تكرر عليه إيحاءات الاسترخاء والنعاس بصوت رتيب. أما الشيء الذي يثبت المفحوص عليه نظره فيمكن أن يكون أي شيء صغير كمرآة الفم أو قلم حبر أو رصاص أو مفتاح أو قطعة نقود أو منظر معين...الخ.

ويثبت بعض المنومين نظر المفحوص على بقعة مرسومة على السقف أو شيء يتدلى أمامه، ويعتقد كثير من المنومين بأفضلية الأشياء اللامعة ويؤكدون على ضرورة إنارتها من الخلف، وفي هذه الحالات جميعها يجب أن لا يسلط ضوء ساطع على وجه المفحوص، وأن يكون هذا الشيء على علوٍ كافٍ ليسبب بعض الإجهاد لعيني المفحوص عندما يرفع إليه نظره، كما يكون على بعدٍ كافٍ ليؤدي إلى تقارب العينين، أي على بعد على بعد 30 سم من العينين تقريباً. ويقف أو يجلس المعالج بجانب المفحوص أو خلفه قليلاً على أن يتمكن من رؤية عيني المفحوص، ويتكلم بصوت بطيء وإيقاعي وهادئ متجنباً الهمس (صبري،1962 :65-67). ويمكن أن يمسك المفحوص الجسم اللماع بيده

ويتطلع إليه لمدة خمس دقائق تقريباً وهو يفكر بالنوم، ويوحي له المنوم بتسرب الإيحاء وتغلب النوم عليه (الخفاجي،1970: 56-57).

ب- طريقة الاسترخاء Relaxation Technique:

يطلب من المفحوص إغماض عينيه قبل مباشرة هذه الطريقة ثم توجيه إيحاءات الاسترخاء لأجزاء الجسم المختلفة ابتداءً من القدمين حتى الرأس أو العكس. ويمكن إحداث التنويم بهذه الطريقة والعينان مفتوحتان أيضاً، وخاصة عندما يريد المنوم إحداث التنويم بشكل مقنّع أو غير مباشر للمفحوص، أو الحصول على الاسترخاء وحده لمنع الإغماء مثلاً. ويفضل بعض المتخصصين بهذا المجال التطبيق المقنّع للتنويم لأنهم يرون أن خوف المريض من التنويم قد يؤدي إلى مقاومته فيتجنبون ذكر كلمات التنويم والنوم ويقولون له بأنهم سيجعلونه في حالة استرخاء تمكنه من تحمل المعالجة، إذ أن اتباع هذه الطريقة قد يعطي نتائج أسرع وأكثر جودة من غيرها، وكلما ازداد الاسترخاء يرف الجفنان، وعندئذٍ يمكن إخبار المفحوص بإمكانية إغماض عينيه إن كان يشعر بتعبهما (صبري،1962: 69-70).

جـ- طريقة التحديق المباشر Direct Stare:

تشبه هذه الطريقة تثبيت النظر من حيث تثبيت نظر المفحوص على شيء ما - عينا المنوم مثلاً- وتوجيه إيحاءات الاسترخاء والثقل والتعب إلى المفحوص. بيد أنها تختلف عنها بأنها طريقة إجبارية قاهرة. ومن الضروري أن يكون المعالج بارعاً في إبقاء عينيه مفتوحتين وهو يحدق في شيء صغير يبعد عن عينيه مقدار (30 سم) لدقائق عدة دون أن تطرفا، وهذا يتطلب منه تمريناً وممارسة (صبري،1962: 70). وفي طريقة التنويم هذه يركز المنوم نظره في عيني المفحوص محاولاً النظر إلى قعرهما، ثم يحاول نقل التأثيرات الإيحائية عن طريق عينيه إلى المفحوص من ناحية، والإيحاءات عبر الكلام المباشر وغير المباشر من ناحية أخرى، ويستمر هكذا إلى أن تغمض عينا المفحوص. ثم يواصل الجلسة وفقاً لهدفها المرسوم.

ويرى كثير من الممارسين أن هذه الطريقة تحتاج إلى تدريب وممارسة كافية ليتمكن المنوم من الاستمرار بهذا النوع من الإيحاءات دون أي تلعثم أو تردد، وعلى أن يكون مستعداً للاستفادة من أبسط مظاهر استجابة المفحوص. أما إذا شعر المنوم بالتعب في عينيه فيجب عليه حينئذٍ أن يغلق عيني المفحوص برفق برؤوس أصابعه، ويوحي له بالاسترخاء والنوم، وعليه عندئذٍ الانتقال إلى طريقة أخرى من طرائق التنويم الإيحائي إن كان ذلك ضرورياً (صبري،1962 :71-72) (أبو الشامات،1955 :31).

د- طريقة خفة اليد وارتفاعها Hand levitation:

يعد إريكسون Erickson أول من طبق هذه الطريقة، وتتم بالشكل الآتي: يطلب المنوم من المفحوص الجلوس على الكرسي (ويكون مريحاً يسمح بالاسترخاء عادة) وكفاه على فخذيه، ثم يطلب منه مراقبة يديه أو إحداهما ليلاحظ أشياء تحدث وهو مسترخٍ، فسيشعر أن كلتا يديه أو إحداهما بدأت تصبح دافئة ومتنملة، وأن ثقلها يزداد أو أنها تضغط على فخذيه، وبينما هو منهمك في ملاحظة إحدى هذه الأحاسيس سيلاحظ أخيراً حدوث حركة، وستبدأ إحدى أصابعه بالحركة والاهتزاز، وهنا يطلب منه مراقبة أصابعه جيداً ليرى أي إصبع يبدأ بالحركة أولاً، وبذلك يمكن إقناع المفحوص بإشراك احساساته مع ما يقوله له المنوم، وهكذا يستطيع المعالج الحصول على الاستجابة المطلوبة من المفحوص (صبري،1962 :772-73).

وغني عن البيان القول أن هذه الطريقة تتطلب عادة وقتاً أطول مما تتطلبه بقية الطرائق الأخرى، كما أنها تتطلب مهارة عالية من المعالج. بيد أن بعض المختصين يعد أنها أفضل الطرائق لتطبيق التنويم الإيحائي، لأنها تسمح للمريض بمشاركة المعالج في مهمته كما تتيح له اختيار اللحظة التي يستغرق بها في النوم، فيجد أنه لعب دوراً فعالاً في تنويم نفسه. وعلى الرغم من مميزاتها وتغلبها على مقاومة المريض إلا أنه لا ينصح باستخدامها من المختصين قليلي الخبرة (صبري،1962 :73-74).

7 درجات التنويم الإيحائي:

ليست هناك فوارق قطعية بين حالات التنويم الإيحائي ولهذا صنفت إلى درجات متباينة، فبعضهم جعلها ثلاث درجات متباينة والآخر سبع درجات، وهناك من صنفها إلى ثلاثين درجة، ويرجع ذلك إلى قابلية الشخص للتعمق في التنويم. وتتأثر هذه القابلية بالعوامل الآتية:

أ- قابلية النائم.

ب- قدرة المنوم.

ج- ظروف النوم.

د- عمر النائم (الخفاجي،1970 :18).

ولكل شخص حالات من الوعي تختلف عن الآخرين باستعداد الجسم لها أو حسب المزاج العصبي. وتتغير هذه الحالات بتغير المؤثرات التي تؤثر فيه (لولو،1992 :56).

ويقسمها كل من الجلبي والخفاجي إلى سبع درجات هي:

أ- الدرجة الأولى (النعاس): يكون المفحوص مرخى الجسم، مخدر العضلات، ثقيل الأجفان، مفتوح العينين، يحس بجميع ما حوله من أصوات وأشخاص بصورة خفيفة، وترتعش أجفانه أحياناً ويكون ميالاً إلى الدرجة الثانية من التنويم.

ب- الدرجة الثانية (النوم الخفيف): تكون عينا النائم في هذه الدرجة وجسمه متخدراً، ولا يستطيع فتح عينيه، كما أنه يشعر بما حوله، ولهذا فإن الضحك و الضوضاء المرتفعة قد توقظه.

ج- الدرجة الثالثة (النوم الثقيل): تنغلق عينا النائم تماماً بحيث لا يمكنه فتحها ويسترخي جسمه ورأسه كما أن تنفسه يكون عميقاً وبطيئاً، ولا توقظه الضوضاء، ويتذكر بصورة غير واضحة أغلب الأشياء التي حدثت خلال النوم، ويستطيع القيام ببعض الأعمال بواسطة الإيحاء.

د- الدرجة الرابعة (الطاعة التامة): يفقد النائم فيها قدرته على التصرف الإرادي، ويأتمر بإرادة المنوم الذي يستطيع أن يجعله يتذكر أو ينسى أو يضحك أو يبكي.

هـ- الدرجة الخامسة (اليقظة النومية): تصبح إرادة النائم في هذه الدرجة تحت سيطرة المنوم، ويمكن في هذه الدرجة إجراء العمليات الجراحية، والولادة، وقراءة الأفكار، وإزالة العادات السيئة، وإيجاد المسروقات.

و- الدرجة السادسة (التخشب): يحدث في هذه الدرجة تخشب عضلات النائم كلها أو بعضها حسب إرادة المنوم. وعندئذٍ يتحول الجسم إلى ما يشبه لوح من الخشب. وينبغي أن لا تدوم هذه الدرجة طويلاً لئلا يتعرض النائم فيها إلى بعض المخاطر.

ز- الدرجة السابعة (السبات): يسيطر المنوم في هذه الدرجة على تنفس النائم ونبضه، فيجعلهما بواسطة الإيحاء يقلان تدريجياً إلى أن يتوقفا، فيصبح النائم في حالة سبات وفقدان للشعور من دون أن ينبض قلبه أو تتحرك أعضاءه الداخلية (الجلبي، 1964: 43-51) (الخفاجي، 1970: 18-21).

في حين يقسمها إيفانوف إلى أربع درجات هي:

الدرجة الأولى: تمتاز بنعاس خفيف واسترخاء عضلي تام، يضل فيها الوعي والذاكرة واضحان.

الدرجة الثانية: تظهر مرونة العضلات الشمعية التي تسمح للجسم بالمحافظة على هذه الوضعية أو تلك من دون تعب.

الدرجة الثالثة: يمكن إدخال النائم في هذه الدرجة إلى حالة التخشب التي يتخشب فيها كل الجسم.

الدرجة الرابعة: يتم فيه الوصول إلى حالات السرنمة والكلام أثناء النوم التي تبرز فيها ظواهر غير عادية مثل الرؤية الواضحة والتخاطر (إيفانوف، 1995: 98-99).

ويتفق كل من سعيد ورويحة في تقسيمها إلى ثلاث درجات هي:

أ- درجة الإعياء (التعب): يشعر النائم فيها بتعب في جسمه وحاجة إلى النوم، ويتوقف عن الحركة، وإبقاء العينين مفتوحتين، وإن كان يغمضهما عادة لشعوره بثقل في الأجفان.

ب- درجة العجز الحركي (الغسق): يصعب فيها على النائم فتح عينيه، ويفقد قدرته على تحريك اليدين والرجلين، ويشعر بدوار، وأنه على وشك أن يقع في سبات عميق.

ج- درجة السبات (النوم العميق): يصل فيها النائم إلى أعمق درجات النوم، ويفقد الذاكرة، كما يفقد الوعي فقداناً تاماً (رويحة،1987 :104-105) (سعيد، ب.ت :62).

أما كوبيلان فيقسمها إلى سبع درجات هي:

الأولى (الإحساس بالنوم): وفيها يشعر المفحوص بثقل في العضلات، واسترخاء في الأعصاب، وميل الأفكار إلى الشرود.

الثانية (نوم إيحائي خفيف): واستجابة ذهنية للإيحاء، وميل العيون إلى الخلف، وتصلب الذراع، وتمركز الذهن على الإيحاءات.

الثالثة (النوم المتوسط): يكون النائم فيها مسترخ بعمق، ولا يستطيع النهوض من الكرسي أو الفراش عندما يطلب منه ذلك، وهنا لا يتكلم الشخص إلا بإيحاء.

الرابعة (النوم العميق): يحدث فيها فقدان ذاكرة جزئي عند الاستيقاظ، ويمكن الإيحاء فيها بعدم الشعور بالألم أو الوعي أو الإحساس، كما تفعل أيضاً الإيحاءات المتأخرة المفعول.

الخامسة: يحدث فيها فقدان ذاكرة وحس كاملين، وهلوسة إيجابية، وارتداد إلى الطفولة، واستشراف لأحداث مستقبلية.

الدرجة السادسة (السرنمة العميقة) السير أثناء النوم، وفيها يصبح النائم فيها قادراً على الهلوسة السلبية، كإزالة معلومات مسجلة مثلاً (غسيل الدماغ)، وتنفيذ الإيحاءات المتأخرة المفعول بعد الاستيقاظ (كوبيلان،1991 :115-116).

ويقسمها كل من فتحي، ولجنة التأليف والترجمة بدار كرم، وسبع، وشـــيرمان، إلـــى درجات ثلاث هي:

أ- حالة الجمود أو التخشب: وهي أول ما يبدو من الأعراض وفيها يحدث فقدان حركة، وتتسع عينا النائم و جفناه لا يتحركان، وهو في هذه الحالة فاقد الإحساس.

ب- مرحلة السبات المستغرق: وفيها يقوم النائم بتحديق النظر فيغلق عينيه ثم يفتحها ثم يميل برأسه إلى الأمام، وهو في تلك الحالة عديم الإحساس والإدراك.

ج- حالة اليقظة النومية: يقوم فيها الشخص بالتحديق في شيء لامع، وينعدم لديه الإحساس على العموم إلا في الأعصاب فتتمدد وتكسب النائم قوة بدنية تزيد من قوته العادية في اليقظة، وتتفوق كذلك عنده حاسة السمع (فتحي 83، 9: 143-144) (لجنة التأليف والترجمة ب.ت :32-33) (سبع،1986 :76-77) (شيرمان،1970 :209-210).

وتذكر ايفانجلستا Evangelista في قاموس التنويم الإيحائي تقسيما لمراحل التنويـــم يتضمن خمسة مراحل هي :

أ- عدم التأثر Insucceptible: لا تبدو أية استجابة واضحة لمحاولة التنويم.

ب- شبه النوم Hypnoidal: يحدث استرخاء ونعاس واضح وتغلق العينين.

ج- الغشية الخفيفة Light trance: يبدو جمود في العينين، تخشب في الأطراف، وتصلب في الذراع، وبطؤ وعمق في التنفس، واختلال في الشعور عقب الإيحاء، وإمكانية تخدير الكف، والانتباه إلى الإيحاءات المتأخرة المفعول.

د- الغشية المتوسطة Medium trance: تتميز بإدراك المفحوص للنوم، والنسيان الجزئي، وخدر الكف، وبطلان حس الألم الكافي لاحتمال معظم المعالجات التي تسببه.

هـ- الغشية العميقة (النوم المسير) Deep or Somnambulistic trance: تتميز بالقدرة على فتح العينين دون أن يؤثر ذلك في النوم، والنسيان التام، والمشي أثناء النوم، والتخدير التام، وتنفيذ الإيحاءات غير العادية بعد النوم، والتخدير التالي للتنويم، والنكوص العمري، والهلاوس الإيجابية والسلبية (Evangelista,1991 :63).

أما جهشان فيعرض درجات عدة للتنويم بيد أنه يخلص إلى تقســيمها إلـــى درجـــات ثلاث يرى أن الإجماع عليها أكثر وهي:

أ- الغشية الخفيفة (الغسق): لا يسجل الوجه أي تعبير في هذه الدرجة، فالنائم ساكن وجفونه ترتعش، ولكنه واعٍ مدرك، ويمكنه فتح عينيه إن أعطي التعليمات لفعل ذلك، وغالباً ما يفضل إبقائهما مغمضتين، والبعض يفتحون عيونهم تلقائياً، الفكر يعمل والذاكرة لا يغشاها النسيان، التنفس رتيباً كما هو في النوم الطبيعي، والنائم يشعر برغبة في التحدث والتعبير عن شعوره بالاسترخاء والاستمتاع بهذه الحالة، ورفض الإيحاءات في هذه الدرجة محتمل جداً.

ب- الغشية المتوسطة (التخشبية): يكون المرء نائماً بعمق أكثر من الغشية الخفيفة ولا يبدو أنه في درجة مختلفة، ومع ذلك يكون في درجة نوم أعمق لأنه لا يستطيع رفع جفونه من شدة ثقلها، ولا يمكنه التلفت حوله، وكرة العين تتجه إلى الأعلى وتصبح الجفون ساكنة دون ارتعاش كما في النوم الطبيعي، أما الأطراف فإن رفعت فهي ثقيلة جداً، والتنفس بطيئاً جداً، ولا يشعر النائم في هذه الدرجة بألم عند وخزه بدبوس مثلاً، وتصلب الأطراف محتمل، والتذكر خفيف، وربما حصل نسيان كلي لوقائع الجلسة، أما الذاكرة فتكون أقل وضوحاً.

ج- الغشية العميقة: تتكرر في هذه الدرجة كل ظواهر الغشية المتوسطة لكنها تبدو أعمق وأكثر فاعلية، فالأطراف لا تتحرك إطلاقاً، إذ يظل النائم ساكناً ومتيبساً تقريباً. والحركات والأفعال المنفذة تكون بأمر من المنوم، فالنائم يجيب على الأسئلة المطروحة، وعند الاستيقاظ لا يتذكر النائم ما قاله أو فعله خلال الجلسة. فحالة من النسيان العام تخيم على ذاكرته. وهذه أفضل درجة واضحة في التنويم في الواقع، ويحتمل أن ينكر النائم أنه نام فعلاً. وإن طلب المنوم من النائم فتح عيونه فربما أبقاها مغلقة، وإن فتحها فيظل نائماً، ويلاحظ فيها أن كرة العين تتجه إلى الأعلى، وفي هذه الحالة ومن دون إيحاء لا يشعر النائم بأي ألم إن وخز بدبوس أو قُرِصَ (جهشان،1983:82).

8. استخدامات التنويم الإيحائي:

كما يتضح من العرض السابق للتنويم الإيحائي تعريفاً وتاريخاً، وكما سيأتي من التنظير، أنه بوصفه علماً له قواعده العلمية، لم يعد مقتصراً على علاج الأمراض النفسية أو الجسمية أو النفسجسمية، بل تعدى ذلك إلى استخداماته على نطاق واسع وفي العديد من مجالات الحياة اليومية. فلقد أمكن عن طريق التنويم الإيحائي تحقيق منجزات كثيرة ذات فوائد جمة، فقد استخدم لإزالة الآلام في الجراحة وطب الأسنان، وكذلك في مساعدة الرياضيين على الجري بسرعة أكبر، بل وعلى تحسين أداء فرق بأكملها، وجعلهم يدخنون ويشربون بشكل أقل، وفي تنشيط ذاكرة المرضى العصابيين الذين يعالجون علاجاً نفسياً، وكذلك في تحسين القدرة الجنسية لدى الرجال والنساء، وفي تقليل القلق والتوتر عموماً عن طريق الاسترخاء (تايلور،1985 :190). وقد استخدم التنويم بنجاح في علاج الصدفية (Mason,1952 :422-423). واستخدم بنجاح أيضا في علاج أمراض الحساسية Allergy (Mason,1958 : 877-880). وكذلك استخدم بنجاح في علاج الثؤلول Wart (Ullman , Dudek,1960 : 68-76). وفي تغيير درجة حرارة طبقة الجلد الخارجية (Maslash,et al.,1972 :600-605) وفي السيطرة على الألم (Brown Mcinnes,1986 :222-225). وفي إحداث العديد من التغيرات الفيزيائية الأخرى في الجسم (Barber,1961:390-419).

ومما ينبغي التنويه إليه ما أورده راشيل كوبيلان في كتاب "غير مجرى حياتك مع التنويم المغناطيسي" من استخدامات للتنويم الإيحائي لأكثر من 350 مشكلة ابتداءً من الإقلاع عن التدخين إلى التغلب على الأرق. بيد أن من أهم هذه الاستخدامات هو استخدامه في مساعدة مرضى السرطان، وذلك في السيطرة على الهبوط العاطفي، ومساعدتهم في الشفاء من الغثيان الناتج عن المعالجة الإشعاعية والكيميائية، والتقليل من الحاجة إلى المخدر في حالات العمليات الجراحية، إذ ثبت حصول مرضى السرطان الذين

أستخدم معهم التنويم على انخفاض حاجاتهم إلى جرعات مخدرة بشكل كبير وشعروا براحة من الألم (كوبيلان،1991 :179).

ويستخدم التنويم في مئات المستشفيات في أمريكا وفي أوربا وروسيا واليابان لإجراء العمليات الجراحية دون ألم، فضلاً عن استخدامه لمنع آلام المخاض والولادة عند الوضع (ياسين،1981 :103). إذ وجد أنه أثناء التنويم يزول النحيب والصراخ الذي تصدره النساء أثناء الطلق (كوبيلان،1991 :186). وليس ذلك فحسب، بل وجد من دراسة على 100 امرأة أثناء عملية الولادة، أنه قلت ساعات الولادة في المرحلة الأولى للوضع ساعتين في المتوسط، فضلاً عن إمكانية بقاء الأم يقظة أثناء الولادة (روث و برشر،1992 :39).

ويؤكد الأفراد الذين خضعوا للتنويم جميعهم أنهم تحسنوا بشكل دال معنوياً، مقارنة بالأفراد الذين لم يتم علاجهم بالتنويم، مثل مرض ألم الأسنان العصبي، وعرق النسا، وألم القطن (أسفل الظهر) وألم العنق والتوائها، والصداع، والشقيقة، والذبحة الصدرية، والسل، والتهاب الرئة، وذات الجنب، والتهاب الشعب الهوائية، والربو، وأمراض الجهاز الهضمي، كالتهاب المعدة وقرحتها، والاضطرابات المعوية كالإمساك والمغص والإسهال والتهاب الإثنى عشري، ومرض الكبد المحتقن، وآفات الكلى، وداء المفاصل، وداء السكري والأمراض الجلدية، والإرهاق، وارتفاع ضغط الدم، والغلمة، والأرق (ماندورلا،1991 :96). وفي معالجة صعوبة التبول والتبول على الفراش، وزيادة حدة البصر، والسمع، والشم، وتنظيم الحيض، وإزالة الآلام لدى النساء، وزيادة الشهية للطعام، وتقليل الشراهة للطعام والشراب، ومساعدة المريض على قضاء وقت طويل من دون طعام، وألم، وضجر (لولو،1992 :54-56).

ويعد إطلاق وتطوير القدرات فوق الحسية (الباراسايكولوجية) من أهم استخدامات التنويم الإيحائي، فلقد بدأ الاهتمام بالتركيز على هذه الظواهر التي لوحظت مقترنة بحالة التنويم بنفس التركيز على قدرات الاستشفاء لممارسة كهذه ، وكان يعتقد بأن الشخص الذي يدخل إلى مرحلة معينة من مراحل التنويم وهي مرحلة التجلي بوسعه أن يمارس ــ بوضوح وحرية ــ مختلف قدرات الجلاء البصري، ولا سيما قدرة رؤية الأشياء بعين

الذهن والتي كانت تعرف بالجلاء البصري المتنقل (Beloff, 1974). فقد توصلت دراسة شابوشنيكوف إلى أن أفراد عينة الدراسة تمكنوا بعد جلسات التنويم من استشعار الإشعاع الحراري للأشياء، والقدرة على بث وتلقي الأفكار عن بعد (التخاطر)، والتأثير على الأشياء (التحريك النفسي) (Shaposhnikov,1982 :93-100).

إذ يهيئ التنويم حالة مواتية لعمل الإدراك فوق الحسي، وباتباع طرق مناسبة للإفادة من التنويم في تنشيط الإدراك فوق الحسي، ثم تحسين وتدريب قدرات المفحوص، تليها بلوغ السيطرة الكاملة على الإدراك فوق الحسي في حالة اليقظة العادية (ريزل،1988 :124-125). وقد يكون التنويم الإيحائي Hypnosis نتيجة لاستخدام التحريك النفسي من قبل شخص في التأثير على عقل شخص آخر كما قال راين (McConnell,1984 :94) ، وعليه فمن الممكن تصنيفه بوصفه قدرة ضمن فصيلة التحريك النفسي.

9 النظريات التي تناولت التنويم الإيحائي:

تتركز مهمة العلوم على تأكيد العلاقات الوظيفية بين الأحداث الملحوظة. ويتم استخدام النظريات عندما لا يعلم شيء عن المتغيرات ذات العلاقة أو عن العلاقات المتبادلة الموجودة بينهما، وفي غياب مثل هذه المعلومات يتحتم على الباحث افتراض وجود علاقات متبادلة فرضية. إذ أنه من خلالها يستطيع التكهن بالأحداث التجريبية والتي تؤدي بدورها إلى إثبات أو دحض نظرية بصورة قاطعة ونهائية. وتتمحور مهمة الباحث النفسي (السلوكي) في تحديد العلاقات الموجودة بين الاستجابة أو المتغيرات السلوكية وبين المتغيرات البيئية أو الفسلجية. وبسبب تعقد السلوك الإنساني أصبحت هناك حاجة ماسة إلى تقديم العديد من التراكيب الفرضية أو المتغيرات بوصفها محاولة لفهم وتفسير هذا السلوك والتنبؤ بحدوثه والتحكم به، ومن أجل ذلك انبثقت العديد من النظريات المتنافسة والمختلفة فيما بينها. وبمرور السنين قدم العديد من الآراء التي حاولت تفسير ظاهرة التنويم الإيحائي (Moss,1965 :44).

وغني عن البيان أن التنويم الإيحائي كان في بدء ظهوره علماً عملياً فقط، إذ لم تظهر نظرية بالمعنى العلمي قادرة على تفسير ظاهرة التنويم الإيحائي بل كانت هناك تفسيرات "سطحية" صادرة عن الذين يمارسونه تحت أسماء ولبوس شتى مما جعل تفسيراتهم أقرب للخرافات منها للنظريات العلمية. بيد أنه في عام 1890 قام عدد من العلماء والباحثين المهتمين بالظاهرة بمحاولات عدة لتقديم تفسيرات علمية لها (أبو الشامات،1955: 12).

ولكون التنويم الإيحائي موضوع علمي، فإنه منذ ذلك الحين بدأت العديد من النظريات في الظهور والتطور محاولةً وضع تفسيرات علمية لتفسير ظاهرة التنويم الإيحائي، ولقد اطلع الباحث على العديد من النظريات والنماذج والفرضيات، بيد أن البعض منها لم تبلغ درجة الإقناع العلمي بوصفها محاولات تفسيرية، فضلاً عن أنه لم يجد لها في الأدبيات والدراسات السابقة أي صدى مما يدلل أنها لم تستطع البرهنة على ما قدمته من محاولات تفسيرية كما أن منطلقات البعض منها أقرب ما يكون إلى الخيال أو إلى الخرافة، وهذا لا ينفي أن ثمة نظريات ومحاولات علمية رصينة قام بها عدد من علماء النفس البارزين والباحثين المختصين بدراسة الظاهرة وتطبيقاتها العملية وجدت صدىً وجدلاً كبيرين وأشارت إليها الكثير من الدراسات والأدبيات العلمية سواء بالاعتماد على منطلقاتها النظرية أو الاستفادة من إجراءاتها العملية ومن هذه النظريات:

أ- نظرية بافلوف:

حاول بافلوف Pavlove تقديم تفسير علمي لظاهرة التنويم الإيحائي يتساوق مع نظريته الفسلجية في تفسير سلوك الكائن الحي والإنسان خاصة. إذ يرى بافلوف أن التنويم الإيحائي يشبه النوم العادي لكونه يشتمل على حالات كبح قشرية عديدة. ومن

خلال العديد من تجاربه التطويعية * الكلاسيكية قدم بافلوف نظرية التعلم المعتمدة على الأنظمة الفسلجية التي تعد التنويم الإيحائي تطويع مشروط معقد. ويقول بأن الكلمات تصبح مطوعة بالمثير الداخلي والخارجي، وفي التنويم الإيحائي يتم استخدام الكلمات لتكون عاملاً مثيراً يعمل على إطلاق الأفعال الانعكاسية المطوعة للطبيعة الفسلجية، وبعبارة أخرى يمكن جعل ما يسمى بالاستجابة اللاإرادية عرضة للسيطرة باستخدام التدريب المناسب والصحيح، فعلى سبيل المثال يمكن جعل عملية تضييق بؤبؤ العين مطوعة بصوت الجرس أو بصوت عالٍ إذا كان مرتبط بصورة منتظمة مع الضوء (Moss,1965 :45).

فإذا كانت الكلمة الدالة على مادة أو ظاهرة معينة تثير في دماغ الإنسان تصوراً مطابقاً لها، فإنها بتأثير هذا التصور تحدث تغيرات عميقة في فعالية الأجهزة الداخلية، غير أن المادة أو الظاهرة المدركة إدراكاً حسياً مباشراً يكون تأثيرها في دماغ الإنسان أقوى من تأثير مدلولها الكلامي، فأكل تفاحة وقراءة وصف لهذه التفاحة أمران مختلفان. بيد أن هذا الوضع يتغير جذرياً إذا ما توجه المنوم بالكلمة إلى شخص خاضع لتنويم عميق، إذ أن الإشارة الكلامية في هذه الحالة تصل إلى خلايا الدماغ العصبية التي قد تكون في تلك اللحظة في المرحلة المتناقضة، وبما أن الكلمة هي مثير ضعيف فإن لها في هذه الأثناء تأثيراً أقوى من تأثير المثير المادي المباشر (روجنوف ورجنوفا،1996:264).

وتجدر الإشارة إلى أن البافلوفيون بنوا نظريتهم في التنويم في التنويم الإيحائي منطلقين من التجريب على الحيوان، فقد حاول بريمان عام 1925 أن يقيم –تجريبياً– نقطة يقظة لدى كلب مطوع بصوت بوق إشارة الغذاء. والكلب المنوم لا يستيقظ لتناول طعامه على صوت البوق، إذ يظل غير حساس للأصوات الأخرى مع أنها أشد، فالقشرة الدماغية لدى الكلب مكفوفة مع بقاء (نقاط يقظة) في بعض المناطق التي تظل يقظة. وعلى هذا النحو وضعت المدرسة البافلوفية نظريتها في التنويم الإيحائي المنظور إليه وكأنه نوم جزئي. وتمتد جذور هذه النظرية إلى القرن التاسع عشر إذ استشعرها ليبولت وبرنيس

* يضم الباحث صوته إلى صوت الدكتور لطفي فطيم في استخدام كلمة "مطوَّع" بدلاً من كلمة "مشروط" لأنها أفضل دلالةً على المفهوم المراد التعبير عنه.

وبراون سوكارت، فالنوم الإيحائي حالة متوسطة بين اليقظة والنوم أي نوم جزئي وكـــف جزئي من وجهة النظر الطبوغرافية ومن وجهة نظر الشدة. وتظل في قشرة الدماغ (نقاط يقظة) تتيح للإنسان أن يقوم (العلاقة) بين المنوم والنائم (شرتوك،1992 :38).

ويتضمن التنويم ثلاث مراحل هي:

أولاً- مرحلة التسوية: وهي التي تتساوى فيها المنبهات المطوعة جميعها،القوية والضعيفة.

ثانياً- المرحلة المفارقة: وهي التي يثير فيها المنبه رد فعل ضعيف أو لا يثير شيئاً، ويثير المنبه الضعيف رد فعل قوي.

ثالثاً- المرحلة فوق المفارقة: وفيها يمكن الحصول على رد فعل بمنبه سلبي، أي بمنبه لا تستجيب فيه الخلايا الدماغية في حالة اليقظة، وهي التي يسميها بافلوف "مرحلة الإيحاء".

ويشرح بلاتونوف، حين يفسر بافلوف، أن "حالات المرحلـــة" عـــابرة وزائلـــة فـــي الحالات الفسلجية، ولكنها قد تدوم أسابيع وأشهر في الحالات المرضية. وهكذا يمكن لـــهذه المراحل الشبيهة بالنوم أن تعد من جهة أنها الأساس الفسلجي لضروب العصاب والذهـــان، بيد أنها تمثل من جهة أخرى، "صورة سوية من الصراع الفسلجي ضد العامل المرضـــي" وينطوي نقل هذه العمليات إلى الإنسان على صعوبات بسبب تدخل اللغـــة التـــي يســـميها البافلوفيون النظام الإشاري الثاني. فالكلام يصبح إشارة و "منبهاً مادياً " شـــأنه شـــأن أي منبه آخر (شرتوك،1992 :38-39).

وقد أجرى فيما بعد كثير من تلاميذ بافلوف وأتباعه تجارب أثبتت بما لا يدع مجـــالاً للشك إمكانية تحريف استجابة عضوية الإنسان للمثير الطبيعي الواقعي بواســـطة الكلمـــة. فقد كان الباحثون يضعون على يد المفحوص على التوالي الجليد تارة والماء الساخن تـــارة أخرى، فاستجابت الأوعية الدموية في اليد بالتضييق في الحالة الأولى وبالتوسع في الحالـــة الثانية، وقد انعكس هذا على مخطاط التحجم Plethysmogramme (البليتزموغرام) الـــذي كان مستواه ينخفض تارة ويرتفع تارة أخرى. ثم وضعوا على اليد التـــي ركـــب عليـــها مخطاط التحجم وعاء فيه ماء ساخن (درجة حرارته +45°) وقالوا للمفحوص النائم أنـــهم

وضعوا على يده جليداً، فأظهر مخطاط التحجم تضييق الأوعية الدموية، أي أعطيت الاستجابة المميزة لتأثير الجليد وليس الماء الساخن على اليد. ولربما تمارس الكلمة تأثيراً جباراً على عضوية الإنسان الخاضع للتنويم الإيحائي لسبب آخر أيضاً، هو أن جميع المثيرات الأخرى لا يدركها النائم باستثناء كلمة المنوم، وبالتالي تكتسب كلمة المنوم قوة كبيرة لا تقاوم. وعلى سبيل المثال يلجأ المعالجون للإدمان الكحولي المزمن لتنويم المفحوص ووضعه أمام جهاز أشعة رونتجن والإيحاء له بالإحساس بطعم المشروبات الكحولية وبالشعور بالتقيؤ بسبب طعمها ومذاقها المميزين. فيبدو واضحاً أمام جهاز رونتجن كيف أن المعدة، التي لم تتلقى أي طعام، تقوم بالحركات المميزة للتقيؤ (روجنوف وروجنوفا،1996 :264-65).

ومن خصائص الكف ما أظهرته التجارب أن عملية الإثارة المتركزة في أحد أقسام القشرة الدماغية تثير من حولها عملية كف وإعاقة. والعكس صحيح، فعملية الكف المركزة تثير من حولها عملية إثارة، وقد عثر في الظاهرة التي دعيت باسم "الحث Induction المتبادل" على الأساس الفسلجي للإيحاء والإيحاء الذاتي، فالتأثير القوي للكلمة أو الفكرة، والانطباع الذاتي المقلق المؤثر في الخيال، يسبب الإثارة في دماغ الإنسان. وبعد أن يتركز في أحد أقسام القشرة الدماغية يطور من حوله -كما أسلف القول- عملية كف وإعاقة لا تنتشر بعيداً إن كانت القشرة قوية وسليمة، أما إن كانت الجملة العصبية ضعيفة أو معاقة لسبب من الأسباب، أو إذا كان الإنسان مستغرقاً في حالة تنويم إيحائي، فإن عملية الكف والإعاقة تنتشر على نطاق واسع في القشرة الدماغية، وتفصل قطاع الإثارة عن الأقسام المتبقية من الخلايا الدماغية، وبالتالي تحرمه من الاتصالات الضرورية معها، وهذه الاتصالات بالذات هي التي تؤمن ما يدعى برقابة العقل، وذلك لأن الفعالية النفسية العادية تحققها القشرة الدماغية باعتبارها كلاً موحداً، تشكل مجموعة كبيرة من الاتصالات والانطباعات والتصورات المؤقتة وما شابه ذلك، فالفكرة أو العاطفة الموحى بها والمستوحاة ذاتياً، وباعتبارهما منفصلتين عن جميع هذه التأثيرات الضرورية لباقي القشرة الدماغية، تكتسبان نتيجة لذلك قوة تأثير كبيرة جداً لا تقاوم في دماغ الإنسان وفي سلوكه ونشاط عضويته.

ومن هنا، يمكن أن تفهم تلك الحساسية المفرطة تجاه المثيرات الكلامية الخارجية وتجاه أفكار الإنسان الشخصية ومعاناته التي تميز الإنسان الخاضع للتنويم الإيحائي، وكذلك الأفراد من ذوي الجهاز العصبي الضعيف وخاصة المرضى المصابين بالاضطرابات التحولية والانفصالية.

لقد أظهرت التجارب العديدة التي أجريت بالأجهزة الدقيقة أنه تكمن في أساس الإيحاء و الإيحاء الذاتي عمليات مادية تجري داخل الدماغ بتأثير مثيرات خارجية (روجنوف وروجنوفا،1996 :265-267).

إلا أنه جرى تغيير نظريته إلى حد كبير بالدراسات الفسلجية التي تبين اختلافاً بين النوم والتنويم الإيحائي في مخطط الدماغ الكهربائي EEG يسوق أمثلة فعلية على التنويم أو التنويم المنتبه (اليقظ) اذ تفيد إحدى النظريات النفسية التحليلية أن التنويم الإيحائي هو حالة نكوص يصبح فيها النائم فاقداً الضوابط الموجودة في حالة الوعي اليقظ وعليه فإنه يتصرف اندفاعياً وينغمس في إنتاج الخيال أو الوهم، إن الفكرة هي التنويم الإيحائي يسبب النكوص إلى مرحلة صبيانية. عن الأوهام والهلاوس أثناء التنويم الإيحائي تدل على طريقة تفكير بدائية لم تمر من خلال مرحلة أعلى من الضوابط (Gill,1972 :224-237).

وتشدد نظرية أخرى مبنية على الطبيعة الدرامية للعديد من التصرفات التي تحدث أثناء التنويم الإيحائي على نوع من تمثيل دور لاإرادي بوصفه استجابة للطلبات الاجتماعية ولكنها لا تعني أن النائم ينتحل التمثيل في محاولة مقصودة لتضليل المنوم بل تفترض أن النائم ينغمس في دور ما لدرجة من العمق تبدأ معه التصرفات بالوقوع من دون قصد واعٍ (Coe & Sarbin,1977 :2-13).

__ب – نظرية باربر Barber :__

يعد ثيودور باربر Theodore Barber أحد كبار العقول العلمية في علم النفس، حصل على الدكتوراه فيه من الجامعة الأمريكية، وهو معالج نفسي وباحث علمي جاد، فضلاً عن كونه منوماً إيحائياً على المسرح من قبل. انتقد الدراسات السريرية والتجارب

السابقة ومن ضمنها تجربة اللوح الجسمي، وشكك بالإدعاء القائل بالنكوص العمري Age-regression أثناء التنويم وكذلك أحلام التنويم والأخيلة والتخدير الناتجة عن التنويم (ماكلير،1987 :140) مؤكداً أن الخبرة التنويمية ما هي إلا حصيلة أو ناتج للقدرة الإيحائية Suggestibility والتعليمات الدافعة (دافيدوف،1988 :316). لذلك ركز باربر في تفسيره لعملية التنويم على مسألتين هما: السلوك الناتج والتغيرات الآنية، وما يجب أن يدرس في السلوك الناتج عن التنويم هي استجابات الإيحاء، تقارير الشخص عن أنه منوم، والمظهر التنويمي. وما يجب أن يدرس في المتغيرات الآنية هو:

أولاً- متغيرات الشخص نفسه: الاتجاهات، التوقعات، دافعية الشخص.

ثانياً- متغيرات تعليمات الإيحاء: طريقة الكلام، النغمة الصوتية للتعليمات، الإيحاء المباشر، الأسئلة اللاحقة. إذ تتغير الحالة النفسية للشخص بإيحاء من المنوم، على سبيل المثال، ما لاحظه كيف أن أحد النائمين سكر بقدح من الماء بعد أن أوحى له المنوم بأنه كحول قوي التركيز* ، كما قد يعمل بعض الأعمال التي تطلب منه من خلال الإيحاء دون معارضة (ماكلير،1987 :140-141).

وقام باربر ومعاونوه بأبحاث عظيمة خلال العشرين عاماً الماضية ساعدت في الكشف عن (أسرار التنويم الإيحائي) وتوصلوا من خلال هذه الأبحاث أن الإيحاءات البسيطة قد تؤدي إلى تأثيرات عديدة منها التغير في سرعة نبضات القلب*، ونسبة

---

* ومن التجارب التي تدل على هذا الأمر التجربة التي أجريت عام 1996 وأوحى الباحث أثنائها لشاب عراقي – من غير عينة البحث الحالي وبناءً على رغبته- بأنه باليمن وأنه يتناول القات ويشعر بنفس التغيرات التي يشعر بها "مخزن" القات، وكم كانت دهشة الحاضرين عندما عاش الخبرة وظهرت عليه العلامات التي تميز أطوار تخزين القات، فضلاً عن وصفه اللفظي على الرغم من أنه لم يزر اليمن ولم يعرف القات من قبل.

* أجرى الباحث – لاختبار هذه الفرضية- تجربة التخدير ورفع وخفض نبضات القلب لمفحوص – من غير عينة البحث الحالي وبناءً على رغبته- عام 1997 في مكتب الاستشارات النفسية بحضور الأستاذ قاسم حسين صالح والدكتور مفيد محمد سعيد والدكتور طارق سبع خماس بنجاح وتأكدوا من إمكانية ذلك.

الجلوكوز في الدم، والسيطرة على الأحلام، والتقليل من الألم، ومنع تكوين الانتفاخات على الجلد. وتكون الإيحاءات ذات فاعلية خاصة عندما يكون الهدف مساعدة الناس على توجيه خيالاتهم وفقاً لخط الإيحاء كما يحدث غالباً أثناء التنويم. فالذين يشعرون بالألم مثلاً قد يطلب منهم أن يشعروا أن مكان الألم متبلد، مخدر، ومنعدم الحس (Barber & ham,1974 :85).

ويرى باربر أن الناس خلال التنويم يبطلون عمل النقد ليصلوا إلى تعاون أكبر مع المنوم فتوقفهم عن النقد والحكم مع استجابة عالية من جانبهم تسمح لهم بالقيام بأعمال جديدة وإن لم يقبلوا أفكاراً جديدة، ويعتقد باربر كل فرد لديه هذه القدرات (Barber et al,1974 :312).

وقد استخدم التنويم الإيحائي في العلاج النفسي لمساعدة الأفراد للتغلب على العديد من المشاكل الشخصية كالتخلص من التدخين والإفراط في الأكل، والقلق المرتفع، وكذلك مساعدة المرضى على التحكم في الألم الشديد (Chaves & Barber,1970 :445).

لقد كان الدعم التجريبي لهذه الآراء الابتدائية، ضعيفاً، فقد اعتمد باربر مسبقاً على سلوك مجموعات منتقاة لأشخاص من ذوي الحساسية، واعتمد على شهادتهم اعتماداً تاماً. بيد أن الدراسات اللاحقة، والتي ابتدأت في بداية الستينات، تناقضت مع الصيغة الابتدائية السالفة الذكر، وقدمت برامج منظمة للبحث والتي تبدو الآن صعبة وتحليلية كما يدعي التقليديون (Sheehan & Perry,1976 :93). وخضع تأكيد باربر على مشاركة التخيلات المتعلقة بالإيحاء والرغبة في التفكير على جعل هذه الوسيلة عرضة للهجوم. فعلى سبيل المثال يرى رابر Rayher أن هذه المتغيرات التي اختيرت لتكامل البيانات، تكون صعبة بحد ذاتها لتقويم وسيلة موضوعية ومستقلة (Spanos & Barber,1974:162). وعلى الرغم من مواجهة هذه الوسيلة لبعض الغموض فيما يتعلق بكيفية اختبار العمليات الداخلية للتأكيد من جعلها ذات معنى ومغزى، إلاّ أن باربر أصر على وجود علاقة بين التحليل النفسي الاجتماعي والإدراكي لأحداث الغشية. وعدت العمليات الطبيعية لعلم النفس الاجتماعي والمعرفي بدائل ملائمة ومناسبة لمصطلح التنويم الإيحائي (Sheehan & Perry,1976 :93-94).

منذ أن تطورت آراء باربر عن التنويم الإيحائي ظهرت تغيرات بسيطة إلا أنها مختلفة تماماً من ناحية صياغته للنظريات التي تتناول الظاهرة التنويمية. إلا أن هذه التغيرات قد بقيت وإلى حد ما غير ملحوظة. وأن الاتجاه العام للأنموذج الذي اقترحه باربر كان يتشكك بكثرة حيال الادعاءات التقليدية التي تتناول التنويم الإيحائي، كما وقد أيد الأنموذج وبشدة وجود أسلوب عملي لدراسة الحالة التنويمية ويعود إلى الصياغات الأولى التي وضعها عن التنويم الإيحائي في نهاية الخمسينات وإلى حد آرائه الأكثر حداثة (Barber & DeMoor,1972 :135) (Barber & Spanos & Chaves,1974)(Barber & Hame,1974). وهناك ثلاثة أوجه لتطور الأفكار لديه وهي:

أولاً – التطور الأولي Early Development :

في البدايات الأولى، عرف باربر التنويم الإيحائي بشكل أساسي على أنه عملية تبادلية بين المريض والفاحص والذي انقسم بدوره إلى ثلاثة اتجاهات مختلفة ومنفصلة تماماً وهي: أن النائم يتجاوب بشكل انتقائي مع كلمات المنوم، وبأنه يتقبل كلمات المنوم على أنها صحيحة حرفياً، وبأنه "جاهز" لتقبلها. وعلى الرغم أنه كان حذراً دائماً من أن لا يشير إلى التنويم على أنه حالة (Barber,1958a,b1960) بيد أنه من الواضح تماماً بأن مفاهيماً تقترب بشكل ما من مفهوم الحالة قد ميزت مفهومه الأولي للأحداث التنويمية، وأن الإجراء الذي قدمه عند شرح التنويم الإيحائي قد تداخل بشكل كبير مع تلك الإجراءات التي وضعها علماء آخرون دافعوا بقوة عن مفهوم الحالة (Barber,1958)، ولكن الحقيقة المهمة في الموضوع هو أن هذا المصطلح كان مقبولاً بشكل مطلق. ومن ثم فقد تم القبول بهذا المصطلح كمفهوم تقليدي مما حدا بباربر عام 1958 للتحدث عن المفحوص الجيد في التنويم الإيحائي والذي يطيع إيحاءات المنوم في الاستجابة لما بعد التنويم من خلال الدخول "بشكل أعمق في الغشية" وذلك عند ضرورة تنفيذ الإيحاءات المعطاة بشكل دقيق. وكذلك حدث توافق في الصيغ الأولية التي تناولت سلوك ما بعد التنويم وبين بعض آراء إريكسون وإريكسون Erickson and Erickson عام 1941 والذي اتبع الأسلوب التقليدي. وإن إحدى أهم الخصائص لنظريات باربر الأولية كانت إصراره على القبول الحرفي للحقيقة أو المصداقية في كلمات المنوم من الشخص النائم.

إذ أن عملية تصديق إيحاءات المنوم والتي تحمل في طياتها تشابهاً كبيراً جداً مع مفـــهوم شبه الحالة "للوهم" تقع في المقدمة على اعتبار أنها خاصية أساسية للأداء التنويمي لـــدى المرضى ذوي الحساسية وذلك وفقاً لـــ سوتكليف Sutcliffe 1961 وأورني Orni 1974، ووفقاً للمفسرين الأوائل للتنويم كما جاء في كتاب ارنولد Arnold 1946 ومـــن خـــلال استعراض المفاهيم الأخرى عن المفحوص التنويمي الجيد والذي نادى به بـــاربر (علـــى سبيل المثال، النائم الحساس الذي يميل بانتقائية للمنوم، ويقلل مـــن الاهتمـــام بـــالمحفزات الرمزية "الأخرى" ويزيد من الاسترخاء، وهو بشكل خاص راغب في الاســـتجابة) ذلـــك يعني أن تفسير باربر يتناقض وبدرجة مدهشة مع الشكوك الكبيرة حيال موقفه الكلي العـلم .(Barber & Spanos & Chaves,1974)

وفي الحقيقة، فإن هناك الكثير مما هو مشترك في التفكير التقليدي إلى حد الخطـــوط الفاصلة بين آراء باربر وبين الذي يطلق عليهم واضعوا نظرية "الحالة" كانت في الأصـــل غير واضحة. إلا أن باربر نادى بأهمية الأهلية كشـــرط ضـــروري للســـلوك التنويمـــي ولموقف " الثقة الأساسية " بين المنوم و النائم كضرورة من أجل ظهور السلوك التنويمـــي. هذا وقد سبق مفهوم باربر عن " الأهلية التنويمية " اهتمام هيلجارد بالفروق الفردية فـــي الحساسية تماماً كما سبق تصنيفه " للاهتمام الانتقائي " اهتمام هيلجارد 1954 بهذه الصفـــة العينة التي تعتبر بمثابة ميزة أساسية لحالة الغشية، فضلاً عن آراء متوافقة تماماً مع صيغ شبه الحالة الأخرى التي تناولت التنويم الإيحـــائي (Shor,1959 :62). ويعتـــبر تفســـيره للغشية وعلى سبيل المثال مشابه لتعريف شور Shor للمصطلح والذي هو فقـــدان عـــام للتوافق مع الواقع كما وأن مفهوم " الثقة الأساسية " يذكر باهتمام شور بالعلاقة الشـــخصية الحميمية (الارتباط القديم) التي قد تنشأ بين المنوم والنائم خلال الجلسة التنويميـــة. ومـــع ذلك، فإن هذه التشابهات قد تضاءلت عندما توجه الأنموذج ناحية التحليل العملي المباشـــر كإطار عمل للتحقيقات. وبالتالي وتبعاً لذلك قد أصبح هذا الأنموذج أنموذجاً ممـــيزاً فـــي التنويم الإيحائي (Barber & Hame,1974) (Shor,1962 :60)..

ثانياً الجانب العملي The Operational Phase:

كان الدعم التجريبي للآراء الابتدائية ضعيفاً، فقد اعتمد باربر مسبقاً على سلوك مجموعات منتقاة لأشخاص من ذوي الحساسية واعتمد بقوة على شهادة أولئك الذين قام بفحصهم. ولكن الدراسات اللاحقة، والتي ابتدأت في الستينات، تناقضت بقوة مع صيغه الابتدائية، وقدمت برامج منظمة للبحث والتي تبدو صعبة وتحليلية كما يدعي ذلك التقليديون (على سبيل المثال، Barber.1962) هذا وقد تغيرت المفاهيم النظرية لباربر بشكل كامل. فعند تصديه لهجوم قام به كون و كون Con & Con 1967 تحدى باربر 1967 وبشكل خاص مصداقية صياغة ناقديه، الذي قال بأنه من أجل فهم التنويم الإيحائي على المرء أن يميز عوامل " مثل منع كل محفز عرضي عدا تلك التي يثير بها الفاحص اهتمام مريضه" (Barber,1967 :115).

وفي خضم إجابته، أثار الانتباه للمتغيرات العديدة التي تؤثر على شهادة المفحوص عن الغشية، وألقى بالضوء على حقيقة إمكانية تأثر مثل تلك التقارير بعوامل عرضية عديدة. ومن الجدير بالملاحظة أن دفاع باربر هنا يخالف قبوله لعامل " الاهتمام الانتقائي " بوصفه جزء مكمل لصياغاته الأولى المتعلقة بمفهوم التنويم الإيحائي تماماً (Barber,1958:115-131,b:6-20). واستمر باربر لاحقاً بالتأكيد على أن التنويم الإيحائي ليس حالة، إلا أن استنتاجاته الأساسية من المعطيات العملية كانت متوافقة كثيراً مع شكوكه المعلنة عن موقفه الكلي العام. وإن هذا التغير في التوجه يلاحظ وبأعلى درجاته في كتابه المنهجي، "التنويم الإيحائي أسلوب علمي Hypnosis : Scientific Approach" 1969 الذي يوضح فيه السمات الأساسية لأسلوبه في التنويم الإيحائي ويقدم وفي مجلد واحد خلاصة وافية وقيمة للبحث الذي تحدى فيه وبقوة النظرة التي تقول بأن الظاهرة التنويمية يجب أن توضح بدلالة حالة خاصة من الوعي. ويكمن الأساس المنطقي لأسلوب باربر في التنويم الإيحائي في أن جوهر التفسير الدلالي للظاهرة التنويمية هو أن المفاهيم من أي نوع لا يمكن استخدامها إلا حينما تكون قريبة من أحداث المشاهدة وأنها تكون مقبولة فقط عندما تجرد من المعاني الزائدة. وينقسم إطار العمل الأساسي إلى ثلاثة أجزاء إذ يهدف الأنموذج إلى :

(1) عزل المتغيرات غير المستقلة التي تمثل الظاهرة من أجل تفسيرها.

(2) تحديد العوامل المسبقة المرتبطة بالظاهرة.

(3) التحديد التجريبي للعلاقات الدلالية الموجودة بين هاتين المجموعتين من المتغيرات (السابقة واللاحقة) (Barber,1969: 43-74).

وتشير الأدلة المقدمة من باربر 1969 إلى أنه سواء أثبت المفحوصون كونهم يشعرون بأنهم ناموا أم لا، فإن ذلك يعتمد على ثلاثة مجاميع من المعلومات السابقة هي:

(1) معرفة المفحوص بنوع التنويم الإيحائي المستخدم.

(2) توقعه عن مدى عمق حالة التنويم التي سيخبرها.

(3) الدرجة التي يضعها المجرب للمفحوص في حالة التنويم.

ووجد كالفيرلي Kalverly ودلال Dalal وباربر Barber 1968 أن إثباتات المفحوصين تتأثر برأي المنوم عن أدائهم وبطبيعة تنظيم الأسئلة الموجهة إلى المفحوص فيما يتعلق بخبراته. كما توصل كالفيرلي Kalverly وباربر Barber 1969 إلى أدلة قاطعة عن وجود علاقة إيجابية بين توقعات المفحوص قبل تجربة التنويم وبين إفادته بعدها. وافترضت البيانات وبشدة بأن للعوامل الخارجية قوة تأثيرية على إفادات المفحوصين المتعلقة بخبرتهم مع الغشية. وتؤكد وسيلة باربر على ضرورة البحث في العلاقات الوظيفية الظاهرة وبصورة أكثر من البحث في المفاهيم مثل " الغشية التنويمية ". وبكلام أدق تشير هذه الحالة بأنه تم اقتراح "التفسير البديل". وبوسع المرء البحث في الظواهر التنويمية عن طريق الاحتكام إلى الحالة الخاصة من الوعي، التنويم الإيحائي. ولكن بصورة بديلة، يستطيع المرء اقتراح بأن إفادة المفحوص عن الغشية تتأثر بالإيحاء المقدم وبصورة حتمية عن طريق "الوسائل غير التنويمية" مثل الطريقة التي يتم من خلالها تجميع الأسئلة ورأي المجرب عن أداء المفحوص. ويقول تشفس Chaves 1968 بأن بيانات باربر تظهر وبصورة قاطعة بأن التقرير اللفظي لا يمكن التسليم به، باعتباره ذا علاقة بالتنويم الإيحائي طالما يتأثر بالمتغيرات الخارجية مثل طريقة تنظيم المجرب للكلام. ويرى باربر بأن الاستجابة العالية المتبعة بالأحداث تعزى إلى تأثير واحد أو أكثر

من المتغيرات غير التنويمية بدلاً عن تأثير أي من العناصر التنويمية المفترض شمولها داخل وسيلة الإحداث التنويمي (Chaves,1968 :101).

ثالثاً- التطورات الحديثة Recent Developments:

يقول باربر بأنه من المهم أمام العلوم التقدم باتجاه مبادئ نظرية أوسع في تكامل البيانات، وأن سايكولوجية التنويم الإيحائي يجب أن تعتمد وبصورة كاملة على النظريات المعتمدة على التطبيق العلمي. وفي النظريات الحديثة حول التنويم الإيحائي أشار إلى عمومية البيانات التنويمية والاتجاه نحو معرفة قيمة الخبرة (Barber,1972) (Spanos.1974 :5,500-511).

ومما دعا باربر للتركيز وبصورة خاصة على الاتجاهات، والدوافع والتوقعات والتفكير والتأمل بالأحداث المتولدة بصورة إيحائية. وكما هو الحال فيما تفعله الاتجاهات والدوافع والتوقعات بعكس عمليات التأثير الاجتماعي داخل الأدوار والتي تنجح بصورة طبيعية تحت مصطلح " علم النفس الاجتماعي" تقوم المتغيرات التأملية بعكس العمليات التأثيرية داخل نطاق التنويم الإيحائي إذ يكون الاتصال مع المفحوص داخل الحالة التنويمية بسيط. وتم دعم هذه النظرية من خلال البيانات التي تظهر بأن المفحوصين " التنويميين " ذوو واقعية إيجابية ويكونون مستعدين، ولتملكهم الرغبة بالتفكير والتخييل للأشياء كما يتم الإيحاء بها. وركز البحث الأخير على علاقة التخييل بالتنويم الإيحائي (barber & Ham,1974:)(Barber &Spanos,1974: 123 & Chaves,1974:) (Spanos & Barber,1974:162).

ومن الجدير بالذكر، أن باربر قام بالدفاع عن هذه النظريات عن طريق الاحتكام إلى الأدلة الظاهراتية. وعلى سبيل المثال، قام بوضع توضيح من تجاربه الشخصية في الاستجابة لإيحاءات الاختبار قائلاً : عندما خبرت هذه التجارب، شعرت بأنني في حالة طبيعية كما لو كنت في حالة اليقظة أشاهد فيلماً ما أو مسرحية، أو استعراض تلفازي (Barber,1972 :203).

ومن المهم القول أن هذه الوسيلة قد سلمت بالعلاقة النظرية في خبرة المفحوص التنويمية، إذ كان باربر على اتفاق مع أصحاب النظريات في النقطة القائلة أن الظواهر

التنويمية تحمل بين طياتها تغيرات أصيلة في خبرات المفحوصين لا يمكن تفسيرها داخل مصطلحات أي احتكام للاستجابة الطوعية. وأن المفحوص الذي يملك اتجاهات ودوافع وتوقعات إيجابية نحو حالة الاختبار والذي يتخيل أشياء كما تم الإيحاء بها سيصدر استجابات واضحة وخبرات ذاتية تم الإيحاء بها. كما تكشف هذه الوسيلة أن المفحوص الذي يملك اتجاهات ودوافع وتوقعات سلبية تجاه حالة الاختبار، لن يستجيب بصورة إيجابية إلى إيحاءات الاختبار. ولمن المفيد الذكر بأن أساليب باربر الأولى قد استندت على نظرية أرنولد Arnold الذي يؤكد على أهمية تسليم المفحوصين بالحقيقة الحرفية لجمل المنوم. أما الآن، فإن هذا الأسلوب يعود بأدراجه إلى نظرية Arnold 1946 ولن يكون ذلك للتركيز على أية حالة من حالات الاستجابة التنويمية، بل على علاقة عمليات التخييل مع حدوث ظواهر التنويم الإيحائي . وقد فتحت هذه الحالة الأبواب أمام حدوث اتجاهات جديدة في البحوث وتم التركيز على أشكال التخييل مثل "الخيال المتجه بالهدف"(Sheehan & Perry,1976 :92).

ج- نظرية هيلجارد Hilgard :

يعد عالم النفس إرنست هيلجارد Ernest Hilgard واحداً من أهم المهتمين بالتنويم الإيحائي وواحداً من أشد المدافعين عنه بوصفه حالة وعي متغيرة. ويولي هيلجارد اهتماماً شديداً بالمعطيات الموضوعية والذاتية على حد سواء، فهو يرفض الآراء المتشددة في سلوكيات واطسون، إذ يقول بأنه يوجد ما يستوجب دراسته في التنويم الإيحائي أكثر من الاستجابة السلوكية الذاتية، وإن العمليات الداخلية والتي يتم استنتاجها من التقارير الذاتية تمثل الدور الأساس في مجال أنموذجه، ويبين هذا الأنموذج بأنه لا يمكن تكوين فكرة كاملة عن التنويم الإيحائي من خلال الظواهر السلوكية في الحالة التنويمية ومن خلال عزل الظروف الاجتماعية التي يرتبط بها فقط. ومع ذلك وفي نفس الوقت فإن ما يقوله الشخص الخاضع للتجربة يمثل جانباً واحداً فقط من المعطيات التي يجب أن تجمع. وإن الملاحظة الموضوعية هي غاية العالم، ولكنه لا يستطيع الاستغناء عن التطبيق

الحرفي لمنهاج التجربة (Sheehan & Perry,1976 :45). وبما أن هيلجارد يعد التنويم الإيحائي حالة من حالات الوعي المتغيرة فإنه ينبغي التطرق لمفهوم حالات الوعي المتغيرة:

حالات الوعي المتغيرة :

خلال القرن التاسع عشر أصبحت النظرية " الإيحائية " وسيلة لتعزيز مجموعة من المفاهيم التي تؤكد على الآليات الداخلية للنائم إيحائياً. وقد استمرت العديد من هذه المفاهيم في تأثيرها على التفكير الحالي على الرغم من أن التنظير الإيحائي قد عانى انحداراً بحد ذاته (Sheehan & Perry,1976 :270). إذ أنجزت جامعة ديوك في مدة من الزمن حتى الثلاثينات من القرن العشرين بدعم من جمعية البحث الروحي الأمريكية أعمالاً شتى في التنويم الإيحائي (امبروازرو و آخرين،1993 :244). وفي العقود الأخيرة اتجه الباحثون الذين انصب اهتمامهم على العمليات الداخلية نحو التجمع حول مفهوم الحالة المتغيرة. وقد أثارت وجهة النظر هذه جدلاً حاداً فيما يتعلق بـ : هل أن التنويم الإيحائي يشكل حالة متغيرة ؟ وإذا كان كذلك فما هي السمات الأساسية له ؟. إذ تظهر الحالات المتغيرة عندما تكون التغيرات النفسية قابلة للقياس في الشخص، وعندما يكون ثمة زيادة أو نقصان في السلوك أو الأداء، فضلاً عن وجود تقارير شخصية تفيد بأنه مختلف نوعاً ما. ولعل السبب الرئيس الذي يكمن وراء اعتبار أن التنويم الإيحائي حالة متغيرة نابع من التقارير الناتجة عن الأشخاص الذين خضعوا للتنويم والتي تعطي انطباعاً استمر من خلال الجهود التي بذلها المهتمون بالتنويم الإيحائي في القرن التاسع عشر (Sheehan & Perry,1976 :270). ففي كل لحظة يكون الأفراد على وعي بما يدور داخل أو خارج ذواتهم، وفي الغالب يكونون على دراية بمجوعة من الأفكار والمشاعر والتخيلات والذكريات والمدركات. وإن الوعي المتنبه المعتاد أو الوعي العقلي ما هو إلا نوع من أنواع الوعي، بينما هناك أنواع أخرى مختلفة تماماً ولكنها تبدأ من هذا الوعي العقلي. وحالات الوعي غير حالة التنبه العادية تعد حالات وعي متغيرة، وهذه الحالات يمكن أن تحدث طبيعياً خلال النوم أو المرض مثلاً أو عمداً (James,1958 :298).

لذلك ومن وجهة نظر كل فرد، فإن من المنطقي الإشارة إلى وجـــود حالـــة وعـــي متغيرة (حسين وفتوحي،1995 :95). ويرى البروفيسور تارت Tart أن مـــيزات حالـــة الوعي الاعتيادية تتغير مع تغير المحيط الثقافي، فما يرى في بيئة ثقافية ما أنه حالة وعي اعتيادية قد يعد حالة وعي متغيرة في بيئة ثقافية أخـــرى وبـــالعكس (Tart,1980 :243-269).

وعلى الرغم من صعوبة الحصول على تعريفٍ وافٍ كافٍ لحالات الوعي المتغـــيرة إلا أنه يمكن عد تعريف أرنولد لودفيغ Arnold Ludwig أقرب التعريفـــات وأوضحـــها والذي عرفها فيه بأنها " أية حالة أو حالات عقلية يتم خلقها بمختلف العوامل الفســـلجية أو النفسية، أو باستخدام العقاقير،والتي يمكن إدراكها ذاتياً بواسطة الفرد نفســـه، أو بواســـطة مراقب موضوعي له، أو باعتبارها تمثل اختلافاً كافياً فـــي الإحســـاس الذاتـــي، أو فـــي الوظائف النفسية، عن معايير عامة معينة لذلك الفرد خلال حالة الوعي المتنبـــه واليقـــظ" (Ludwig,1966 :225).

ونظر هيلجارد إلى التنويم الإيحائي عند تعريفه له بأنه حالة وعـــي متغـــيرة وأدرج خصائصها الأساسية في بحثه المشهور بـــ "التنويم الإيحائي" وأوضح في بحثه هـــذا بـــأن النائم يفقد روح المبادرة والرغبة في التصرف بشكل مستقل وتصبح قدرة الملاحظة لديـــه خاضعة لتوجيهات المنوم. ومن الخصائص الأخرى هي أن النائم يقوم بتطويـــــر مقـــدرة عالية على الخيال وتحريف الواقع، وربما يكوّن حالة فقدان ذاكرة بما يتلاءم مـــع الحالـــة التنويمية، وهناك خاصية توضح وبقوة طبيعة منهجية هيلجارد، وهي أن من المفترض أن تؤدي الأحداث التنويمية إلى زيادة صغيرة ولكنها واضحة لتقبل الإيحاءات على حســـاب مستوى التجربة، وعلى الرغم من قوة الترابط بين التنويم الإيحائي والتقبل الإيحائي فإنـــه من الممكن توحيد هذين المفهومين بالرغم من وجود ترابط كبير بين الاستجابة للإيحـــاء في حالة الغشية وبين الاستجابة للإيحاء عند الخروج منها. ومن الأدلـــة علـــى ذلـــك أن النائمين تجاوبوا بنفـــس الدرجـــة للإيحـــاء الذاتـــي الـــذي أعقـــب الإحـــداث التنويمـــي (Hilgard,1967 :391-443).

ويفرق هيلجارد Hilgard بين الجوانب النشطة Active من الوعي والجوانب المستقبلة Receptive من الوعي، فعمليات التخطيط، والتدريب، والتعليم، والرقابة على السلوك تدخل في باب الوظائف النشطة. أما عمليات الاستقبال فتشمل التنبه العادي للأفكار، والعواطف، والأحاسيس، والخيالات، وما شابه ذلك. ويقرر هيلجارد وآخرون من علماء النفس أن الوعي يتأثر بأجهزة ثانوية متماثلة موجودة في المخ بما فيها الأجهزة الثانوية التي تتحكم في الذاكرة والعواطف والأحلام والخيالات. ويفترض هيلجارد أن هذه الأجهزة تقوم بتسجيل المعلومات بصفة مستقلة ودون أن تتأثر بعضها بالبعض الآخر ثم في لحظة معينة يقوم جهاز ثانوي بالتحكم فيها والتنسيق بينها (دافيدوف، 1988 :295).

وقدم هيلجارد نظرية التفكك أو الانعزال Dissociation Theory ليفسر بها طبيعة التنويم الإيحائي إذ يؤمن أن المخ يحتوي على عدد من الأجهزة المستقلة وهذه الأجهزة تعمل في نفس الوقت وتسجل المعلومات والأنشطة النوعية المباشرة ورغم ذلك فهي مفككة أو منعزلة عن بعضها البعض Dissociated وأجهزة المخ هذه مرتبة ترتيباً متسلسلاً حسب قوتها، وتحت ظروف اليقظة الطبيعية فإن جهاز الأنا المنفذ العادي Normal Executive Ego يتحكم في باقي الأجهزة ومع ذلك، فهذه الأجهزة الأخرى ما زالت قادرة على السيطرة على الوعي. ويقول هيلجارد أنه خلال فترة التنويم يتغير التحكم وتبدأ قوة (جهاز الأنا المنفذ العادي) في الضعف، ونتيجة لهذه الخبرة تصبح القدرات اللاإرادية إرادية والعكس بالعكس، فما يتذكر في العادة قد ينسى، وما ينسى يمكن تذكره، وعندما اختبر الأفراد المنومين في المختبر لمعرفة تأثرهم بالألم تبين أن الجهاز المسيطر غير حساس للألم. وفي الوقت نفسه تشير دراسة هيلجارد إلى أن (الجهاز المنفذ العادي) يقوم بدور (الرقيب الخفي) فتختزن الاحساسات غير السارة (Hilgard,1974 :396-411). ويكون الوعي المنقسم حالة مألوفة أثناء اليقظة العادية إذ يقوم التقسيم بفسح المجال أمام الخيال Fantasy باستمرار حتى لو كان ذلك في الفترة التي يقوم بها الفرد بأداء التزامات الحياة العملية أو تحقيق ضرورات التفاعل الاجتماعي والمجتمع وبسبب قدرته على الانتظار الكافي نحو الالتزامات والضرورات لن يكون هذا الخيال ظاهراً

بصورة كبيرة. وفي التنويم الإيحائي يمكن أن يصبح عالم الخيال أكثر بروزاً، وفي بعض الأحيان تصبح الحقائق طي الإنكار (دافيدوف،1988 :316).

وكون أنموذج هيلجارد يميل إلى المؤشرات الذاتية في البحث عن مؤشرات التنويم الإيحائي فلا يجب أن يؤدي ذلك إلى الاعتقاد بأن هذا الأنموذج بسيط أو غير علمي لأن إطار العمل الذي يقترحه منظم في التوجيه ومميز في التصميم. فهو يوجه أسئلة محددة عن الظاهرة التنويمية ويحاول الإجابة عن هذه الأسئلة بطريقة دقيقة إذ أكد هيلجارد على أهمية حالة الوعي والسمات وتحديد الموقف من الاستجابة التنويمية (Hilgard,1975 :25).

وقد ركز بقوة على التقرير الكلامي عند حصول التنويم الذي يعرفه النائم وعلى مسألة قبول هذا التقرير باعتباره المعيار الحقيقي لحالة التنويم الإيحائي، واعتمد هذا الأمر باحثون آخرون مثل تارت وباربر (Hilgard,1971 :312) (Hilgard,1973 :23).

وغير هيلجارد من تأكيداته عن أن التنويم الإيحائي حالة معرفة جيداً لكي يؤكد على أن فكرة " الحالة " بوصفها استعارة مجازية فكرة تستخدم كمدخل وصفي " وليس سببي" للظواهر التنويمية، ويرفض وبشدة أي تلميح على أن الظواهر التنويمية تحدث فقط كنتيجة للتنويم الإيحائي. وإن التغيير الذي طرأ في التركيز على نظرية هيلجارد في السنوات الماضية يبين أن بعض هذه التغييرات هي تغييرات جوهرية ومهمة نسبياً كالتأكيد على أهمية الفروق الفردية مثلاً (Sheehan & Perry,1976 : 47).

ومما ينبغي التنويه إليه أن هيلجارد وضع الأسس الأولية لنظرية تفاعلية موسعة عن خصائص القابلين للتنويم الإيحائي إذ تقول هذه النظرية أن تجارب الحياة الأولى قد شكلت القابليات الضرورية للدخول في التنويم الإيحائي وأن هذه القابليات قد تحررت في ظل ظروف معينة من التفاعل بين المنوم والنائم (Hilgard,1965 : 16). وأن الحالة التنويمية التي درست عندما حددت خصائصها عن طريق التفككات العقلية الجزئية المتعددة استندت بشكل جزئي على تطابق معنوي مع أشكال الأبوين (Sheehan & Perry,1976 : 49). وقد تم الحديث بالتفصيل عن هذه النظرية في خصائص القابلين للتنويم الإيحائي.

التنويم وعملية الانشطار العقلي Hypnosis and Dissociative Proces:

نتيجة للاكتشافات التي تمت عن طريق المصادفة في البداية فإن هيلجارد طور أسلوباً معيناً للكشف عن التناقض الذي يظهر في التنويم الإيحائي بين الدلائل السلوكية الكلامية وبين الدلائل الفسلجية السلوكية. إذ أن تقارير الألم في " الإدراك " والتي تعقب الإيحاء بالشعور بالخدر تكون معاكسة للدلائل الفسلجية تماماً، إذ يصر النائمون على أنهم لا يشعرون بالألم في حين أن سلوكهم الفسلجي يدل على أنهم يشعرون بالألم. وعن طريق الكتابة التلقائية –ثم اتباعها بكلام تلقائي لإقناع أكثر– قدم هيلجارد تقاريره عن الألم والمعاناة من خلال اختبار الشعور بالخدر التنويمي والتي استنتج منها ما أسماه بـ " الرقيب الخفي " إذ يوجد في التنويم الإيحائي عمليات تحدث لا يستطيع النائم إدراكها وهي أشياء لا يعرفها الجزء المنوم. وعند إعطاء إشارة كوضع يد المنوم فوق كتف النائم مثلاً يستطيع الجزء المنوَّم التحدث مع المنوم، بالرغم من النائم لن يعرف بأن هذا الجزء يتكلم مع المنوم، ولن يعرف ما يقوله، وعند رفع يده من فوق كتف النائم سيعود الوضع إلى ما كان عليه سابقاً، وبعد الاستيقاظ من التنويم يمكن أن يتذكر النائم ما قاله ويستطيع التحدث عنه (Hilgard,1974 :216). واستخدم هيلجارد Hilgard ونوكس Knox ومورجان Morgan عام 1974 توجهات متشابهة، إذ أدى العمل بهذا الأسلوب إلى تكوين رؤية خاصة لنظرية الحالة والتي أسماها هيلجارد بالتفسير المحدث للانشطار العقلي في التنويم الإيحائي (Hilgard,1975 :19-44) (Knox et al,1974 :301-316).

وقد بينت المعطيات بأن الرقيب الخفي يشعر بالألم الذي ينكره الشخص النائم نفسه في التقرير الذي يقدمه في الوعي. وبشكل خاص فإن النظرية تسلم بوجود التسلسل الهرمي في أنظمة التحكم والذي يعمل في أية لحظة ولأي فرد. وأن التنويم الإيحائي هو أسلوب مناسب لدراسة تناقض السيطرة المعرفية والذي من الممكن وصفه على أنه انشطاري (تفككي). إذ أن الأساليب التنويمية تغير ترتيب التسلسل الهرمي للتحكم بحيث يمكن فصل أنظمة معينة أو تغييرها عن أنظمة أخرى. وتشترك الخصائص التي تميز هذه العملية مع خصائص عملية "النكوص الذاتي" التي وضعها جيل Gill وبرينمان

Brenman عام 1961 إذ أن تغير التسلسل الهرمي للسيطرة الذي يحـــدث فـــي التنويـــم يضعف من السيطرة التنفيذية للأنا. ومع ذلك فإن الخصائص الأخرى تميز وبشكل صـارم مفهوم هيلجارد عن أيـــة مفـــاهيم تقليديـــة عـــن عمليـــة الانشـــطار العقلـــي (Gill & Brinman,1961 :106).

وتبدو الأدلة التجريبية وكأنها تتكر أوجهاً واضحة لما قد تتنبأ بـــه عمليـــة التعريـــف تاريخياً، إذ وجد هيلجارد بأن تنفيذ اختبار ثانٍ (خارج الإدراك) قد يخلق تداخلاً فعلاً مـــع الاختبار الجاري أكبر من التداخل الذي يخلقه فيما لو نفذ في الوقت نفسه (فـــي الإدراك). (Knox et al, 1973: 68).

وباختصار فإن هذا الأسلوب المرتبط مع هذا التفسير الخاص للتنويم يبدو وكأنه يضع إشارة على عملية أنظمة التحكم (السيطرة) المعرفية المتعددة، ويبدو أنه يقدم طرائقاً جديدة وممتعة يسبر غورها في الوقت الحاضر (Sheehan & Perry,1976 :52).

الرقيب الخفي Hidden Observer:

لاحظ هيلجارد 1977 انه يوجد في الشخص الخاضع للتنويم جزء من العقل لا يقـــع ضمن الوعي يبدو أنه يراقب خبرة النائم ككل، وقد تم وصف اكتشافه هذا كالآتي:

كانت ظروف اكتشاف هيلجارد لما يسمى بالفكر المزدوج في التنويم الإيحائي درامية تماماً حينما كان يعطي إيضاحاً عملياً في التنويم الإيحائي في قاعة المحـــاضرات وكـــان النائم شخص كفيف البصر، استحث فيه هيلجارد الصمم بقوله بأنه سيتمكن من السمع عنـد وضع يدٍ على كتفه. وبفصله كلياً عما كان يحصل حوله أصابه الملل ودفعه للتفكير بأشياء أخرى، وهنا قام هيلجارد بإراءة الصف إلى أي مدى كان النائم غير مستجيب للضوضـــاء والأصوات أو الكلام، وهنا تبادر سؤال ما إذا كان فعلاً لا يستجيب بقدر ما بدى تمامـــاً ؟ طلب هيلجارد وبصوت خافت من النائم -الذي كان أصماً نتيجة لإيحاء من هيلجارد- مـــا إذا كان جزء منه يملك القدرة على السماع؟ فإذا كان كذلك فعليه أن يرفع سبابته، ولدهشـــة الجميع بضمنهم النائم ارتفع الإصبع بالرغم من أن النائم كان أصماً بإيحاء مـــن المنـــوم. وأراد النائم أن يعرف ما الذي وضع اليد على كتفه كي يسمع حســـب الإشـــارة المعطـــاة

سابقاً، وسئل النائم ماذا يتذكر؟ وكان الجواب أن كل شيء خمد واستكان، وبفعل الضجر الذي أصابه بدأ يفكر بمسألة في الإحصاء، ثم شعر بسبابته ترتفع فأراد أن يعرف لماذا ؟ ثم طلب هيلجارد الإجابة عن ما هو ذلك الجزء منك الذي سمعني؟ وجعل إصبعك يرتفع؟ فيما أوعز إلى النائم أنه لن يتسنى له أن يسمع ما قاله هو نفسه، فتبين أن هذا الجزء الثاني من وعي النائم كان قد سمع كل الذي دار وتمكن من إبلاغه. ووجد هيلجارد أنه من المناسب مجازاً وصف الشاهد المحايد بالرقيب الخفي (Hebb,1982 :53).

وهكذا يشير مفهوم الرقيب الخفي Hidden Observer إلى بنية ذهنية تقوم بمتابعة كل ما يحدث بما في ذلك الأحداث التي لا يعي النائم أنه يدركها. ودلل على الرقيب الخفي بوضوح بالعديد من التجارب (Zamansky & Bartis,1985 :243-248). ففي الدراسات التي تناولت إزالة الألم يستطيع النائم أن يصف شعوره بالألم باستعمال الكتابة أو الكلام الأوتوماتيكي، مع قيام أجهزة الوعي بالاستجابة لإيحاء المنوم بزوال الألم. وفي إحدى الدراسات كتب النائمون رسائل لم يكونوا واعين بها في حين كان انتباههم موجهاً إلى مهمة أخرى كالقراءة بصوت مرتفع أو تسمية الألوان على رسم إيضاحي (knox et al,1975 :305-323).

ومن الجدير بالذكر أن هيلجارد ومعاونوه قارنوا هذه الظواهر مع الخبرات اليومية التي يقسم فيها الشخص اهتمامه بين مهمتين مثل قيادة سيارة والمحادثة بنفس الوقت أو إعداد خطاب مع تقييم أدائه بوصفه خطيباً. وعلى الرغم من أن تجارب الرقيب الخفي جرى تكرارها في العديد من المختبرات والعيادات، فقد تعرضت للنقد لأسباب أسلوبية يحاجج بها المرتابون أن الطلبات الضمنية للامتثال ربما هي التي أدت إلى تتابع النتائج (Spanuos & Hewitt,1980 :233).

وقد أبان الباحثون في تجربة مقننة صممت لتقرير دور الامتثال أنه من الممكن تمييز استجابة الشخص النائم حقيقة من تلك الصادرة من مجرد الممتثل إذ طلبوا من أشخاص ذوي حساسية واطئة مشهودة افتعال التنويم الإيحائي، في حين تصرف الأشخاص الشديدو الاستجابة بصورة طبيعية، ولم يعرف المجرب إلى أي مجموعة انتمى كل فرد. فامتثل الخاضعون للطلبات الضمنية بالطريقة المتوقعة منهم لكن تقاريرهم عن الخبرات الذاتية

اختلفت بقدر كبير عن الأفراد الذين جرى تنويمهم فعــــلاً (Hilgard et al ,1978:655-663) (Zamanski & Bartis.1985 :243-258).

ومن المشاكل غير المحلولة هي لماذا لا يملك النائمون ذوي القابلية العاليـــة للتنويــم الصلة بمراقب خفي ؟ ومن التجارب وجد فرق واحد بين مجموعتين مـــن ذوي القابليـــة العالية للتنويم ومن أقرانهم من ذوي القابلية المنخفضة وهو أن النائمين مـــن دون رقيـــب خفي أكثر امتثالية لإيحاءات المنوم في النكوص العمري، فهم يبلغـــون أو يعـــبرون عـــن الشعور كما لو أنهم أطفالاً ثانية بالفعل، في حين أن ذوي الرقيب الخفي يخـــبرون دائمـــاً ثنائية ملحة في الوعي، وأثناء النكوص في العمر يـــرون أنفســـهم بـــالتزامن كمراقبيـــن وكأطفال. إن الفصل بين المشارك ذي القابلية العالية والرقيب الخفي فطريٌ وليس موحـــى به من المنوم (Laurence,1980 :233).

وعلى أية حال فإن هذه الأمور معقدة ولا يمكن تفسيرها بسهولة ولا صرفها ببســاطة دون تروٍ، لكونها تتضمن مدلولات ليست في نظريات التنويم الإيحائي فحسب بـــل وفـــي اليقظة بشكل عام أيضاً.

نظرية إريكسون Erickson:

تقترح التطورات الحاصلة في العلوم المعرفية وجود تحديدات في العمليات المعرفيـــة ولهذا تكون هناك حاجة في الوسائل البديلة للتوافق مع المســـتويات الضمنيـــة والتمثيليـــة للخبرة البشرية ويمكن أن يصبح كل من المصطلح المجازي والتمثيلي أدوات مفيـــدة فـــي إمكانية حدوث تفســـير فـــي المســـتوى الضمنـــي أو اللاشـــعوري للتمثيـــل المعرفـــي (Matthews,1992 :XI).

أولاً - تأثير ملتون إريكسون:

ساهمت أفكار ملتون إريكسون Milton Erickson في العلاج النفسي إذ كان للتنويـــم الإيحائي دوراً بارزاً في تطوير عدد من الوســـائل العلاجيـــة المختلفـــة (مثـــل العـــلاج المختصر، العلاج الاستراتيجي، العلاج المتمركز على الحل، البرمجة اللغوية العصبيـــة)

وقد تم تأسيس مختلف المراكز التي تحمل اسم إريكسون داخل الولايات المتحدة وأوربا واستراليا، هذا بالإضافة إلى إصدار العديد من الكتب وعقد المؤتمرات السنوية الدولية للبحث في السبل العلاجية المستنبطة والمستوحاة من أفكار إريكسون. وتعد طريقة إريكسون ثورة علمية بحق إذ أنها تركز بصورة أساسية على الآلية النفسية الداخلية للفرد وعلى طبيعة النشاط الإنساني (Thomas & Kuhn,1970 :13) .

ومما يدلل على تبوؤه مكانة مرموقة في مجال التنويم الإيحائي ما استنتجته دراسة ردولوفا Rodolfa وكرافت Craft وريلي Realley عندما وزعوا استبيان على 500 عضو من الجمعية الأمريكية للتنويم الإيحائي الإكلينيكي و 160 مختص في حقل الطب وعلم النفس وطب الأسنان، ومن الفئة العمرية المقدرة ب 50 عام، فتوصلوا إلى:

(1) يعد إريكسون الاختيار الأمثل والقريب إلى أفكارهم ضمن اختصاصات عملهم.

(2) كانت نسبة تفضيل إريكسون وحسب مجموع العينة متمثلة بنسبة 10 إلى 1.

(3) اختار المستجيبون إريكسون باعتبار أن إسهاماته أكثر تأثيراً في مجال التنويم الإيحائي (Rodolfa et al,1985 :12) .

ثانياً – الافتراضات الأساسية لنظرية إريكسون في التنويم:

توجد أربعة افتراضات أساسية تنحو بالتنويم منحى طريقة إريكسون وهي:

(1) التنويم الإيحائي هو حالة وعي متغيرة.

(2) توجد سمات عن هذه الحالة المتغيرة تعمل على تمييزها عن حالة اليقظة.

(3) تكون القابلية التنويمية للنائم أكثر فعالية من مهارة المنوم.

(4) يكون استخدام الإيحاء التنويمي غير المباشر –عند بعض الحالات على الأقل– أكثر فعالية في إحداث استجابات تنويمية مما هو عليه الحال من الإيحاء المباشر.

وقد دعمت هذه الافتراضات دراسات إريكسون المطروحة من وجهة نظر معرفية اجتماعية (Matthews et al,1999 :47-48).

ثالثاً ـ التنويم الإيحائي ومسألة الحالة وغير الحالة:

يعد إريكسون من أشد المناصرين للحالة المتغيرة (Haley,1967:43) (Erickson,1980 :66-67) (Erickson,1979 :79). وكذلك الحال مع عدد من أتباعه (Delan,1991 :80) (Lankton,1983 :108) (Matthews,1985 :53) (Gilligan,1987 :93). فقد قام بدراسة على عينة مؤلفة من 1800 شخص نائم و 3000 غير نائم وخلال فترة أمدها 25 عام، بهدف التمييز بين الغشية والحرفية وذلك بتوجيه عدد من الأسئلة البسيطة مثل " هل تمانع لو ذكرت اسمك ؟ ". فأظهرت النتائج أن 95% من الأفراد غير النائمين أجابوا عن السؤال ضمنياً وذكروا أسمائهم. وعلى النقيض من ذلك عبر 80-97% من الأفراد النائمين عن استجابة حرفية وهي "لا"(Erickson,1980 :68).

رابعاً ـ القابلية التنويمية – منظور السمة :

يختلف الأفراد في القدرة على الخضوع للتنويم الإيحائي وفقاً لمنظور السمة، ويقول أصحاب نظرية السمة بأن السمة أو القابلية للتنويم تذكر وبصورة أساسية على الفرد وليس على المنوم (Hilgard,1965 :157-180) (Brown,1986 :353-376) (Orne & Dinges,1989 :150-151) (Spiegel & Spiegel ,1978 :150) (Kihlstrom,1985 :385-418).

ويقول كرش و لين Kirsch & Lynn أن هناك دعماً كبيراً للفرضية القائلة بأن الاستجابة التنويمية عبارة عن قدرة استعدادية، إذ يتحتم على الإكلينيكيين الذين يستخدمون التنويم الإيحائي أن تتوفر لديهم مؤشرات واضحة ومعتمدة تقضي بوجود قابلية تنويمية عند الفرد المراد تنويمه، وإذا ما وجدت قابلية تنويمية واطئة فيجب تطبيق العلاج غير التنويمي حينها (Ksch & Lynn,1995 :846-858) .

وحسب نظرية إريكسون يكون للأفراد كافة قدرة الاستجابة التنويمية، ويمكن تحقيق ذلك من خلال الوسيلة التنويمية، ولذا يجب استبعاد الوسائل القياسية لأن التوجه القياسي عن طريق التعريف غير قابل للاستخدام أو العمل بصفة خاصة لفرد معين، وأن قابلية

الفرد للخضوع للتنويم الإيحائي تكون وظيفة إيداع المنوم وليست وظيفة سمة المستجيب(Bandelr,1975 :33).

إن الفكرة الأساسية لطريقة إريكسون تكمن في توسيع محيط التنويم الإيحائي لإدراج أشكال الاتصال غير المباشر وغير اللفظي في العملية التنويمية. وذلك يعني أن التنويم لا يقتصر على إحداث الغشية وما يندرج تحتها من فعاليات، بل أنه أوسع من ذلك، وعليه يمكن للقول -وفقاً لإركيسون- أن أي تفاعل اجتماعي بين شخصين أو أكثر يكون للتنويم فيه دور عبر الإيحاء الذي هو أوسع من عملية إحداث التنويم بالطرق المعروفة.

ومن الحوادث التي تؤيد صحة ما يرمي إليه إريكسون حادثة سقوط ابنه روبرت Ropert البالغ من العمر 3 سنوات من أعلى السلم مما نجم عنه إصابات وجروح عديدة تتطلب عناية طبية خاصة، ولكون الأب ضليع في توظيف الطرق العلاجية التي تساعد روبرت على التوافق مع الخبرة المؤلمة، قام بوصف سلسلة من العمليات التي يتم فيها تمييز إصابة روبرت. فطلب منه التحقق من السمة الجيدة للدم المراق حديثاً، ومحاولة معرفة عدد الغرزات التي سيحصل عليها، وخلال هذه المحادثة بينهما كان التنويم قد بدأ مع بداية أول جملة أو عبارة مع ابنه بالرغم من أنه لم يجري أية عملية إحداث تنويمي بالطرق المعهودة (Haley,1967 :96).

وإذا ما سأل سائل بما يأتي وفق أي معايير أو أسس تكون مثل هذه الحالة بين الاثنين عبارة عن جلسة تنويم إيحائي ؟ سيكون الجواب أنه تم استخدام وسيلة لهو أو حالة من شرود عن الألم وهي تختلف عن تلك الحالة المتحققة عن طريق التنويم الإيحائي وتشكل وسيلة غير تنويمية (Hilgard & leBaron,1984 :22). وكما هو واضح في المثال السابق أن إريكسون كان مهتماً بالنتيجة – في ذلك الظرف – وبغض النظر عن الوسيلة المستخدمة سواء كانت تنويمية أم غير تنويمية.

ويقترح جفلر Gfller أنه من خلال وسيلة المهارات المعرفية يكون الأفراد ذوي القابلية التنويمية الواطئة قادرين على دعم وإسناد قابليتهم التنويمية بالمقارنة مع أولئك الأفراد من ذوي القابلية التنويمية العالية. وحتى يكون العلاج ناجحاً إكلينيكياً فلا بد من

الاعتماد على حالة الإذعان المتزايد والدافعية والتوقع لأنها ذات علاقة كبـيرة بالنجـاح الإكلينيكي (Gfeller et al,1993 :586-595) (Gfeller,1993 :3-22) .

خامساً – الإيحاء المباشر وغير المباشر :

بالرغم من أن إريكسون في بحوثه الأولى استخدم الإيحاء المباشر، إلا أنه بلغ قمـة السعادة والابتهاج عندما قام باستخدام الإيحاء غير المباشر في التنويم الإيحـائي، ويذكـر إريكسون حول التنويم غير المباشر ما يأتي :

(1) يسمح الإيحاء غير المباشر لكل من الشخصية الفردية للمفحوص وخبرة الحياة السابقة، والسمات الفريدة بأن تصبح ظاهرة.

(2) تنطوي ديناميكية التحرك النفسي الكلاسيكي للتعلم مع عمليات الترابط، التجانس، التشابه، التناقض .... الخ تحت مستوى اللاشعور.

(3) يعمل الإيحاء غير المباشر على تفادي النقل الواعي ولهذا السبب يكون الإيحاء غير المباشر أكثر فعالية من المباشر (Erickson,1980 :455).

وفي استعراض شامل للأدبيات الموضوعة عن الإيحاء غير المباشر أبان لين Lynn & ونوفيلد Neufeld ومور More أن الإيحاء غير المباشر والذي يشكل المضلـة التـي تغطي مدى واسع من الاتصالات يتألف من جزأين رئيسين هما:

(1) استخدام اللغة المجازية مثل " ربما، قد، يمكن " وهي اللغة المغايرة للغة الإيحاء المباشر.

(2) إن اللاهدفية تقدم اختياراً ملحوظاً من الاستجابات، على خلاف الإيحاء المباشر الذي يخصص استجابات محددة وواضحة(Lynn et al,1993 : 124-152).

واستخدم كل من ألمان Allman وكارني Carniy أشرطة سمعية لاختبار الإيحـاء المباشر وغير المباشر، لمقارنة استجابات المفحوصيـن الذكـور والإنـاث للإيحـاءات التنويمية. وتوصلا إلى أن الإيحاءات غير المباشرة هي الأكثر نجاحاً في إحداث أو ظهور سلوك تنويمي مما هو عليه الحال في الإيحاء المباشر (Alman & Carney,1980 :112-118).

واستخدم ما كونكي mcConkey الإيحاءات غير المباشرة على الأفراد النائمين بصورة حقيقية أو ظاهرية وقد وجد أن النائمين بصورة ظاهرية كافة قد حققوا توقع الهلوسة الإيحائية. أما بالنسبة للنائمين بصورة حقيقة فقد استجاب نصفهم للإيحاءات غير المباشرة بينما النصف الآخر لم يقم بذلك (McConkey,1984 : 307-314).

وبحث كل من ستون Stone ولوندي Lundy بجدوى الإيحاءات المباشرة وغير المباشرة في التكهن بالحركات الجسدية بعد البدء عملية التنويم. وذكرا بأن الإيحاءات غير المباشرة أكثر كفاءة أو فعالية من الإيحاءات المباشرة في التكهن بالسلوكيات الصادرة عن الفرد، ومع ذلك لم تجد الإيحاءات غير المباشرة مع المفحوصين الرافضين (Stone & Lundy,1985 :256-263).

وعلى أية حال فإن الطريقة المزدوجة للإحداث التنويمي والمعتمدة على مفهوم إريكسون عن الاتصال وفق مستويين والتي يقوم فيها إريكسون بتقديم مجموعة واحدة من الإيحاءات وبنبرة صوت واحدة بينما يقوم بتقديم المجموعة الثانية من الإيحاءات بنبرة صوت مختلفة وهي من أسس الوسائل المستخدمة في التنويم الإيحائي التقليدي (Stone & Lundy,1985 :256-263).

إذ استخدمها باندلر Bandler وجريندر Grander وذلك عندما تحدث منومان اثنان بصورة فورية مع النائم باعتبارها ذات فائدة خاصة. فلم يجدا أية اختلافات دالة معنوياً بين كلتا الوسيلتين (Weitzenhoffer & Hilgard,1963 :113).

سادساً. الأثر الاجتماعي لإريكسون:

إذا لم يكن هناك أي دعم تجريبي لمفهوم الحالة التنويمية، وإذا ما كانت القابلية التنويمية هي عمل النائم وبصورة أكبر مما هو عليه الحال من مهارات المنوم المستخدمة، وإذا لم توجد بيانات تجريبية مقنعة تؤكد تفوق الإيحاء غير المباشر فإذن ما الذي يمكن امتلاكه للتحدث عن العلاج الإركسوني ؟.

اقترحت دراسة شيرمان Sherman ولين Lynn، ودراسة ماثيوس Mathe بأن هناك إمكانية في فهم طريقة إريكسون اللامعة ضمن إطار نفسي اجتماعي إذ أن مهارة وقدرة

إريكسون الفردية في زيادة الدافعية وتوقع النائم تعمل على حدوث إمكانية التغيير العلاجي، كما توصلت الدراسة إلى البراعة الإكلينيكية التي يمتلكها إريكسون كانت لصالح العملية إذ عملت على شحذ همة المريض وزيادة فعاليته، وجعله عضواً فعالاً (Sherman & lynn,1990 :37-46) (Matthews,1985 :66).

سابعاً. التوقع:

كان إريكسون ضليعاً في التاثير الاجتماعي ونظرية التوقع، وكان هدفه يقتصر على توظيف مقاومة أو معارضة المفحوص لكي تتوفر القدرة لدى المفحوص على إضفاء التفوق الشخصي أو الإحساس به. وكجزء من هذه العملية قام إريكسون بتوفير أجواء إكلينيكية يستطيع خلالها المفحوص التعلم لتحوير الاعتقادات والإدراكات والسلوكيات وبعبارة أخرى سعى إلى جعل التوقع عامل تغيير. وكانت العديد من الوسائل المستخدمة قبله تعتمد على اللاهدفية وعلى مقاومة المفحوص. ومن المهم التفريق بين الوسائل غير المباشرة والاستخدام المحدد للإيحاءات غير المباشرة لسلوك تنويمي معين إذ لاحظ علماء النفس الاجتماعيون أنه إذا ما أريد للأفراد بأن يكونوا في حالة تفوق شخصي فإنهم غالباً ما سيقومون بالتفاعل في مجابهة الحالة المهددة. ولمعادلة احتمالية المقاومة أو الإحجام لجأ علماء النفس الاجتماعيون إلى استخدام المقاييس الخادعة وغير الواضحة (الغامضة) داخل إيحاءاتهم (Sherman & lynn,1990 :37-46).

ومن الواضح أن إريكسون استوعب هذا المفهوم للأهداف الخادعة والمخفية لتحقيق النتائج المطلوبة (Haley,1967) (Matthews,1985). كما استوعب أيضاً أنه إذا ما أريد للأفراد الشعور بالتفوق والسيطرة فإنهم سيقومون بتحديه وسيرفضون خبرة التنويم الإيحائي ويقول إريكسون بأنه في النهاية يرغب المفحوص في تجربة الخبرة التنويمية. وكان إريكسون حاذقاً وبصورة لا توصف في استثمار تحدي المفحوص وذلك عن طريق إعطاء تعليمات للمفحوص بالكف عن الاستجابة و أو عن تحديد أية استجابة كشكل من أشكال النجاح (Erickson & Rossi, 1980 :IV) (Haley,1967 :55).

وقيمة مثل هذه الوسيلة في العلاج تكمن في توفيرها الفرصة لإعادة توجيه وإرشاد المفحوص من أجل تكوين فكرة عن نفسه وعن علاقته بالمشكلة المطروحة. وسيعمل ذلك على توجيه أسئلة فيما يتعلق بكيفية قيام المفحوص بإدراك اللاهدفية. وهذا ما أشارت إليه دراسة ماثيوس Matthews ولونجديل Langdell (Matthews & Langdell,1989 :242-251).

ثامناً -أهمية الجهد المبذول:

كان إريكسون مؤمناً بقيمة الجهد المبذول من أجل تحقيق الهدف، وقد وظف الواجبات المنزلية، وتسلق الجبال، وزيارة المتاحف ...الخ لتعزيز عملية بذل الجهد من قبل المفحوص لتحقيق الأهداف العلاجية المطلوبة فكلما كان الجهد المبذول من قبل المفحوص أكبر كلما كانت درجة احتمالية نجاح العملية أكبر (Lankton & Lankton,1983 :87). وكان مهتماً في التأثير على أفكار المفحوص وإدراك الأحداث والاستخدام المتكرر للوسائل المطلوبة في توجيه فكر المفحوص نحو الاتجاه العلاجي المطلوب. وتعد محاولته عن إعادة تشكيل أو تغيير عجز الزوج تجاه زوجته بوصفها حالة منتمية للزوجة (Matthews,1985 :89). خير مثال في التأثير على إدراك المفحوص وتغيير معنى المشكلة المطروحة. ويوجد عدد من الدراسات تقدم الدعم التجريبي لجهد المفحوص وما له من أثر على السلوك التالي، كما توجد العديد من الأمثلة السريرية عن أفكار إريكسون في تغيير السلوكيات في بداية مرحلة العلاج إذ يطلب من المفحوصين وبشكل متكرر أن يفكروا أو يتخيلوا أنفسهم منهمكين في سلوك معين. وتذكر دراسة شيرمان Sherman ولين Lynn أنه بواسطة توجيه المفحوصين نحو فكرة تخيلية يقوم إريكسون بالتأثير على المفحوصين وعلى سلوكياتهم عندما يثار موقف ذا علاقة (Sherman & Lynn,1990 :41). كما تذكر شيرمان ولين أن هناك بحوثاً نفسية كثيرة تدعم المفهوم القاضي بأن الكلمات والأفكار المتولدة ذاتياً تمتلك أثراً أكبر ومساحة في نطاق الذاكرة أكبر مما عليه الحال عن المعلومات الصادرة من مصدر خارجي (Sherman & Lynn,1990 :37-46). وفي استخدامه للمصطلحات المجازية وفر

إريكسون الفرصة أمام المفحوص وضمن سياق معين لخلق حالة استيعاب وفـــــهم جيـــدة ومختلفة للمشكلة المطروحة وحلها، وأطلق ماثيوس تسمية العلاج السريري أو الكلامـــــي على وسيلة إريكسون هذه. وفي وصف هذه الطريقة تقولّ الدراسات مثل دراسة جونيالفس Gonyalves ولاكوف Lakoff ما يأتي:

(1) اعتبر البشر كرواة للقصص.

(2) تكون الأفكار أفكاراً مجازية وتخيلية أساساً.

(3) أن توظيف الأفكار هو البديل الأمثل للمعنى.

(4) تم اعتبار الواقع كمجموعة من المشاكل الصعبة البناء بحيث يمكن عبورها من خلال العمليات السردية والروائية (Gonyalves,1994 :107-118) .

ومن خلال هذه النظرة، ينظر إلى عملية إريكسون السريرية كشكل من أشكال إعـــادة البناء السردي، وباستخدام الوسائل المباشرة وغير المباشـــرة (القصـــص، المصطلحـــات المجازية) لمساعدة المفحوص على بناء وإرساء أحداث أو قصص عن الحياة أكثر فـــائدة .(Matthews et al,1999 :53)

تاسعاً. الاستنتاج Conclusion:

ومما سبق يمكن القول أن البحوث التجريبية المستعرضة وجدت دعمـــاً لاعتقـــادات ملتون إريكسون في التنويم الإيحائي باعتباره حالة ذات دلائل وعلامات ملحوظة، كما تـــم التوصل إلى أن كفاءته وبراعته يمكن فهمها واستيعابها عن طريق إحساسه الظاهر بأهمية التوقع، والإيمان، والدافعية، عند كلا الطرفين (النائم والمنوم). ودعمت دراســـات عديـــدة كدراسة ماثيوس التي افترضت وجود إطار تفاعلي يمكن من خلاله البحث فـــي طريقـــة إريكسون بدلاً من الإطار التوليدي البسيط، كما يذكر ماثيوس بأن المفحـــوص ذو تـــأثير على المعالج والعكس، أي توجد علاقة تبادلية وتفاعلية. ويكمـــن الـــهدف مـــن طريقـــة إريكسون في خلق وإيجاد حالة توقع للتغيير أو التحوير للأفكار الذاتية. ومن هذه الطريقـــة يكون التنويم الإيحائي عبارة عن حالة تفاعل اجتمـــاعي مصنوعـــة مـــن قبـــل المعـــالج والمفحوص، وأصبح التنويم الإيحائي شكلاً من أشكال الاتصال إذ يقدم المفحـــوص مـــن

خلاله حالة تعمل على تقدم الأحداث وبصورة أكثر فائدة. وأخيراً يمكن أن يكون ثمة سؤال وهو ما الهدف من التفريق بين الغشية التنويمية والتوقع إذا ما كانت النتيجة ناجحة سريرياً ؟ فكانت الإجابة أن من المهام الدقيقة للباحثين والعلماء هي صياغة ووضع التعريفات العملية واستخدام مختلف الطرق بوصفها محاولة لاستيعاب الظواهر الملحوظة. كما أن قانون الاختصار التفسيرات البسيطة المنسجمة مع البيانات، وعدم بذل أية محاولة تعمل على تشويش العالم الطبيعي (Matthews et al,1999 :53-54).

د- نظرية ساربين Sarbin:

كان هناك عدد من التحولات الدقيقة في تنظير ساربين على مدى الخمس والعشرين سنة الماضية. وكانت هذه التحولات في اهتماماته في صياغة النظرية وجعلها أكثر دقة وقابلية للاختبار. وبالرغم من أن القاعدة السحركية لم تتغير، فقد انصب اهتمامه بشكل كبير بالعمليات والتي أدت إلى حدوث بعض التغيرات في المظاهر الشكلية للتنظير.

أولاً- التنظير المبكر:

سعى ساربين في عام 1950 إلى شرح البعد الرئيسي للعب الدور role-playing الذي يعتقد أنه يشكل أساس السلوك التنويمي. وعبر عنه كمتصل يصفه بأنه بعد (الشعوري- اللاشعوري). ولقد عكست الصيغة المبكرة التوجه الفكري (العقلي) لعلم نفس الأعماق الدينامية، وكانت مغلوطة إلى حد ما. ويمكن التعبير عنها (كما فعل ساربين لاحقاً) على أنها بعد لوعي الفرد بذاته **dimension self-awareness** والمشاركة العضوية في أنشطة معينة (Sheehan & Perry,1976 :123-125).

اهتم ساربين كثيراً بما كتب من أدبيات عن التمثيل الدرامي والذي يؤكد على الفروق في درجة استغراق الممثل في الأدوار الدرامية التي يلعبونها. فبعض الممثلين يتقمصون الشخصيات الدرامية إلى درجة كبيرة بحيث يصعب الفصل بين الدور وبين ذواتهم وقد انجذب بشكل خاص إلى التمييز بين التمثيل المحموم والتمثيل الفني. إن الفرق بين هذين النوعين من الممثلين ليس له علاقة بالفهم التمثيلي ولا يكون أحد الممثلين قادر على تمثيل

دور درامي بشكل أفضل من غيره بل يتعلق الأمر بالتجارب الشخصية التي يمتلكونها أثناء التمثيل. فالممثل الفنان هو الذي يظهر على المسرح ويكون واعياً لنفسه كشخص مميز يلعب دوراً لشخص آخر أفكاره وعواطفه وطموحاته قد تختلف تركيبته النفسية خارج المسرح. وعلى النقيض من ذلك فإن ساربين كان مخدوعاً بتقارير عن بعض الممثلين (كتلك التي قدمها أرشر Archer 1989) الذين يمتلكون ذواتاً شبه منشطرة. فقد ذكروا أنهم يفقدون ذواتهم في بعض الأدوار بشكل كامل حتى أنهم لا يحسون بالجمهور أو حتى بأنفسهم بعيداً عن الدور الذي يلعبونه (Archer,1989 :219).

شعر ساربين 1950 بأن هذه الأوصاف عن التمثيل وبالأخص "الممثل المحموم" (الذي يقوم بالدور وكأنه حقيقي) تختلف عن تلك التي ذكرها الأشخاص النائمين. وضع هذا البعد الافتراضي للإدراك الذاتي وتقمص الدور بصيغة منظمة كان فيها اختلاط الخطوط فيه مقصوداً. ويضع هذا الأنموذج التنويم في منتصف المتصل للتباين بين الدور-الذات، ومن حيث التقمص والانغماس، فقد رأى ساربين أن التنويم هو سلوك غير مقصود وليس تمثيلاً محموماً إلا أنه يتضمن اندماجا بين الدور والذات أكثر من كونه هستيرياً. وحول هذه النقطة فإن نتائج نظرية شاركو التي رفضت يمكن إعادة النظر فيها (Sheehan & Perry, 1976:126).

لم يكن ساربين- في هذه الصيغة المبكرة- مقتنعاً بترك الأمور على خطين متوازيين بين الأداء الدرامي والتنويم الإيحائي، فقدم ثلاثة مفاهيم رئيسة تعلل الفروق في التنويم الإيحائي وكثافة التجربة التنويمية الإيحائية، وهنا أيضاً ركز على تشابه السلوك التنويمي مع التمثيل المحموم.

ويمكن القول من الوصف الأولي، أن الدور الذي يلعبه الممثل على المسرح والدور الذي يلعبه الشخص النائم إيحائياً يحمل السمات ذاتها وهي:

(1) **التحفيز المفضل** Favorable motion:

يجب أن يتطابق مفهوم ذات الممثل مع الدور الذي يعهد به إليه، أما إذا لم يتطابقا فلن يكون أداؤه مقنعاً، أو أنه سيدفع ثمناً نفسياً باهظاً.

2) **فهم الدور** Role perception:

على الممثل أولاً فهم الدور الذي يتطلب منه لعبه ويمكن التحقق من ذلك جزئياً بخبرة الممثل الشخصية بأدوار مماثلة في المسرح أو الحياة، وأيضاً من خلال تعريف المخرج بالدور.

3) **قابلية لعب الدور** Role taking Aptitude:

من البداهة القول أن بعض الممثلين يمكنهم أن يمثلوا الدور بشكل كامل أكثر من غيرهم ومن أمثلة ذلك مقارنة أداء باري مور Barrymore لدور هاملت Hamlet بجهود أستاذ في مدرسة ثانوية (Sarbin,1950 :260).

وتعد القابلية على لعب الدور هي الأهم، فإذا افتقد المرء الاستعداد الملائم للمهمة فلن يعوض أي تحفيز أو فهم للدور بشكل صحيح عن هذه السمة الأساسية. فمن دونها سيكون الشخص في موقع الناقد الدرامي الذي يمكنه تمييز الأداء البارز –بكل دقة– عن العادي، إلا أنه لن يؤديه كما هو مطلوب. وإذا ما طرح سؤال أخير: على ماذا تعتمد قابلية لعب الدور؟ يرى ساربين أن الأسلوب (as if كأنه) هو الأسلوب الأكثر تأثيراً. وهو بهذا السلوك يهدف إلى وصف الأوضاع التي يستجيب فيها الشخص للحافز التصوري في بعض الأحيان يدرك أنه ليس كذلك. ويؤكد ساربين أن صيغة as if لا توجد في الدراما او في التنويم فحسب، بل توجد في الخيال أيضاً وفي كل السلوكيات التخيلية كافة (Sarbin,1950 :267).

ثانياً- التنظير اللاحق لساربين:

إذا كان التنظير المبكر لساربين هو الذي قدم الأساس للتطورات اللاحقة، فإن التطورات اللاحقة تعكس اهتمام ساربين بالتطبيق العملي لمفاهيمه. ويعتقد ساربين أن الناس يختلفون في عدد من الأدوار المتاحة أمامهم ويذكر دليلاً يبين أن الأشخاص الذين يكونون أكثر استعداداً لأخذ أدوار جديدة تصنع مفحوص أمثل لتنويم إيحائي، وفي الوقت ذاته لا يبدو على الأداء التنويمي بأنه يرتبط بتوسيع ذخيرة الفرد في الدور role repoloire. وإن مفهوم المشاركة العضوية هي مركز تمثيل الدور فكلما ازداد مقدار الجهود المبذولة وقام الفرد بتوسيع المشاركة الفسيولوجية ازداد اندماج الذات والدور،

ويلاحظ أوجه شبه واضحة وأساسية ما بين هذا الموقف والموقف الأولى لساربين (Sarbin,1950 :273).

ومن الجدير بالذكر أن تمثيل الدور يهتم بدرجة مشاركة الفرد عضوياً في تمثيل دور معين وهذا بحد ذاته يتأثر بعدد من المتغيرات الأساسية (Sarbin & Coe,1972 :50). وأن هناك ستة متغيرات رئيسة تؤثر في نوعية تمثيل الدور هي:

1) **تحديد الموقع أثناء الدور** Role location:

يستلزم هذا الموقع في الموقف التنويمي تصرفات متبادلة reciprocal acts من قبل المنوم والنائم، فالمنوم عند ترسيخه لنفسه كمكون أساسي وكمهني يرسل إشارات (أو تلميحات) cues متنوعة للمفحوص التي يستخدمها في المقابل على الأقل لتحديد موقع ما هو مطلوب منه بوصفه خاضعاً للتنويم.

2) **تطابق الذات - الدور** self-role-congruence:

وهو مدى تمثل الفرد لخصائص مستلزمات الدور حينما يطلب منه تمثيله. ويعد ساربين هذه السمة المميزة بأنها تشكل متغير دوافعي، وأنه يرى مدة إعداد المفحوصين للتنويم الإيحائي التي يطرح فيها المفحوص أسئلة تتعلق بالتنويم كوسيلة لا غاية ومثل هذا الإجراء يعمل على زيادة التطابق بين خصائص الذات-الدور (إلى حد وجود هذا التطابق) ويدفعه إلى الأداء الأمثل في الدور التنويمي. ويحدث هذا بشكل خاص في مناسبات التطابق التام بين خصائص الذات والدور.

3) **توقعات الدور** Role Expectations:

يرتبط بتحديد موقع الدور، وهي تمثل درجة تطوير الفرد لإدراكات دقيقة ومحببة للدور وتصرفه بالطريقة المناسبة لها فمثلاً المفحوص الذي يدرك إيحاء تصلب الذراع بوصفه تحدٍ ضمني ويواصل المحاولة بجد لكنه يخفق في ثني ذراعه، سيصدر بشأنه حكماً بأنه أكثر اقتناعاً من المفحوص الذي لا تنثني ذراعه لكنه يزيد قليلاً من جهوده في محاولة منه للقيام بذلك.

4) **مهارات الدور** Role Skills:

وهي امتلاك المفحوص للقدرات الأساسية التي يستلزمها الدور فضلاً عن قدرته على تحديد موقعها بشكل مناسب ولتطوير توقعات مناسبة ولمطابقة خصائص الذات والدور بدقة. وهي في التنويم أهم المتغيرات التي تحدد موقف تنويمي ناجح.

5) **مطالب الدور** Role demands:

تدرك هذه المطالب بأنها المطالب الفعلية للموقف، أي إدراك المفحوص لما هو متوقع منه بمثابة مثال محدود لفكرة أكثر شمولية. وفي الأساس تتعلق هذه النقطة بمدى التبصير بأي سلوك عن طريق معايير المجتمع وأعرافه الثقافية، فهناك قيوداً على معظم المواقف الاجتماعية، فمثل هذه المطالب تكون حاضرة في الموقف التنويمي وتساعد على تعديل استجابات المفحوص.

6) **تعزيز خصائص الجمهور** Reinforcing Properties of the audience:

وهي مدى تفاعل الأشخاص الذين يمنحون الإسناد والدعم في ردود أفعالهم لسلوك الدور. وفي الموقف التنويمي فإن مدى إيصال المنوم لرضاه عن أداء المفحوص قد يساعد وبشكل دال على الحفاظ الأداء الناجح وأمور أخرى تساويه أهمية (Sarbin & Coe,1972 :277).

ومما سبق يمكن القول أن العوامل التي تشكل أساس تمثيل الدور تمثل توسيعاً أكثر دقة لأفكار ساربين الأولى لـ "التحفيز المفضل" و "إدراك الدور" و "مهارات الدور".

ثالثاً – التنويم الإيحائي بوصفه حالة State أو غشية trance:

أشار ساربين 1950 في أولى كتاباته عن التنويم الإيحائي بأنه بمثابة سلوك "كأنه as-if" الذي برهن عند التحليل الإضافي له أنه مسألة سلوك تخيلي. فقد أظهر ساربين وجود ازدواجاً في إحدى القضايا المثيرة للجدل في التنويم الإيحائي وهو مدى إمكانية إدراكه كحالة متغيرة altered state لدى الشخص.

ومما تجدر الإشارة إليه أنه تم التعبير عن عدم الرضى هذا في أعماله اللاحقة، ويتحرق ساربين شوقاً في إحداث كتاباته لدحض الصياغة النظرية للغشية وتقديم موقف بديل يستخدم التنويم بأنه بمثابة تخيلات مُؤمَن بها believed in imaginings؛ وأنه أثناء

تلاحم إدراكات الدور والمواقع والمهارات مع الذات فإن تطابق الدور وغيرها في مثل هذه المتغيرات الوسيطة وهي الذات والدور يتحدان ويندمجان، وهذا يستلزم عملية تمثيل الدور عند مستوى معين من تطابق الذات-الدور. هذا الأمر يضع ساربين في موقف نظري مثير للفضول يحصل على القليل من التشكيك، ذلك أنه يميل إلى تمييزه بأنه يرفض نظرية الحالة (مثلما يفعل ذلك باربر)، وهو يؤكد على الاستخدام الدائري لمفهوم الغشية وهو أكبر إخفاق له، فالأنماط السلوكية الملحوظة على "X" و "Y" و "Z" كالإغماء التخشبي catalepsy والتصلبات rigditis وفقدان الذاكرة amnisasi هي معايير أن المفحوص واقع في الغشية، غير أنه يتوجب على المفحوص أن يقع في الغشية من أجل أن يطلق الأنماط السلوكية من نوع "X" و "Y" و "Z" وهكذا. فالدائرية circularity تأتي من قلة وجود معايير مستقلة لتحديد الغشية، لذلك كان من الضروري البحث عن هذه المعايير (Sarbin &Coe,1972 :108).

ولا يمكن القول أن ساربين على غرار باربر في محاولته باتساق-حتى الآونة الأخيرة- التوافق مع هذه النقطة (Spanos & barber,1974 :73). لكونه يعتبر أن لتنظير الحالة قيمة ضئيلة مع اعتقاده بالموقف القائل بوجود بعض التبدل في العمليات المعرفية الحاصل أثناء التنويم الإيحائي، وقد راعى مشكلة تحديد خصائص الغشية إلى حد كبير، وإيضاح المعايير المستقلة التي تجعل موقف الحالة - الغشية قابلاً للدفاع عنه إذ أشار بوضوح إلى أن المؤشرات الفسلجية نادراً ما تكون موجودة، وإذا ذكرت يصعب تكرارها، أو أنه تم البرهنة بأنها نتائج مصطنعة تجريبية. وعلى غرار منظري الحالة فإن ساربين يتقبل وجهة النظر القائلة بأن شهادة المفحوص النائم لخبراته مؤشر محتمل للتغير الذاتي لديه، وهنا يمكن القول أنه يقترب -من خلال دراسته لأنواع السلوك اللفظي المقبولة- من منظري الحالة كما يتضح حدوث صورة معينة من الخبرة المتغيرة. بيد أنه يفرق بين نوعين من الإفادة التي قد يدلي بها الشخص عن خبرته التنويمية، فإفادة مثل " لقد ذُكِّرت بحادث وقع لي حينما كانت والدتي على قيد الحياة " لا يمكن قبولها بوصفها دليلاً للتغير في خبرة الفرد، في حين أن إفادة مثل " لقد شاهدت والدتي بوضوح وسمعتها بوضوح تقول: جيمس توخى الحذر، لقد توفيت والدتي قبل 15 عام" يمكن قبولها بوصفها

دليلاً للتغير في الخبرة الخاصة والمتطورة باستمرار، وعلى هذا الأساس يفرق ساربين بين أنماط من السلوك اللفظي يعتمده منظرو الحالة كمؤشر لغشية تنويمية، ويؤكد أن تقريراً مثل "صوت ذبابة تطن حول وجهي" كان تذكراً حقيقياً (عند عدم وجود ذبابة) يشبه مشاهدة المفحوص لأمه فهما سمتان مميزتان، وأن تقرير حدث ما يكون إما: (1) على خلاف الحقيقة أو (2) تصديقاً عالياً إن لم يكن إيماناً راسخاً كلياً (Sarbin & Coe,1972 :115). ويؤكد ساربين Sarbin وجوهاسز Juhasz في تحليلهما 1967 أن الهلوسة ليست أكثر من ذكر عام للتخيلات imaginings يصدقها الذاكر لها كأوصاف دقيقة لخبرة ذاتية متواصلة التقدم (Sarbin & Juhasz,1967 :72).

وعلى أية حال فقد توصل ساربين Sarbin و كو Coe 1972 من تحليلهما إلى عدد من الاستنتاجات المهمة والمميزة تتلخص في:

(1) إن الدليل الواقعي الوحيد لحالة أو غشية تنويمية هو التقرير لإفادات متضاربة الحقائق يعبر عنها بإيمان راسخ وعميق.

(2) لتقرير الهلوسة في سياقات غير تنويمية خصائص متماثلة. أنها إفادة متضاربة الحقائق يعبر عنها الذاكر لمثل هذه الظواهر بإيمان راسخ.

(3) إن مشكلة تحديد التنويم على أنه حالة خاصة تكمن في استخدامه لاستعارة (وعي متغير) لكونها هي بحد ذاتها بحاجة إلى تفسير، فضلاً عن تضاربها مع مفهوم أن التنويم ظاهرة طبيعية بالإمكان تحليلها دون اللجوء إلى مبادئ متقطعة.

(4) تكمن المشكلة في المصطلح الراهن للهلوسة في أنها أصبحت مصطلحاً متخصصاً لتصنيف فئة من الناس من خلال تقاريرهم لمثل هذه التخيلات التي تصفهم بأنهم مرضى عقلياً أو منحرفين عن المعايير الاجتماعية، وإن كانت لا تفرق عن التقارير التخيلية العادية للشعراء والفنانين وغيرهم من فئات الناس المبدعين (Sarbin & Coe,1972 :120-122). ويؤكد ساربين وكو أنه من الأنفع النظر إلى الهلاوس وإلى تقارير الخبرة المتغيرة في التنويم الإيحائي على أنها تخيلات مصدق بها لسبب بسيط وهو وجود مضامين معينة في كل حالة لا يتوجب استنتاجها وهي ما قد تؤدي –في التنويم– إلى الدائرية (Sheehan & Perry, 1976 : 139).

(5) يرى أن جميع نظريات الغشية بمثابة استعارات، وأن الاستعارة الأفضل هي التي تقدم من خلال وصف الخبرة التنويمية بهذه الطريقة، ويشير أيضاً إلى أن الأفراد يختلفون في مدى تصديقهم بتخيلاتهم وفي الظروف التي تحدث بها. ولذا فإنه يسلم بوجود متصل continuum التصديق بالتخيلات التي لها مساس بدليل الفروق الفردية في القدرة على سرعة التأثر بالتنويم. وفي الوقت نفسه فإن ساربين يضع تفريقاً بين الظواهر التي تحتاج إلى تفسير (فالتنويم مثل التخيلات المصدق بها). وفي هذا الصدد وفي هذا الموقف يشابه موقفه موقف سوتكليف الذي يرى أن المفحوص أثناء خضوعه للتنويم يكون هذائياً بالمعنى الوصفي، ويبين أن دور العلاقة التنويمية وإجراءاتها في إيصال الإيمان الراسخ الهذائي delusory conviction يبقى بحاجة إلى إيضاح لها (Sutcliffe,1961 :200).

ومما تقدم يمكن القول أن ساربين يرفض تنظير الحالة لاستناده بشكل رئيس على الدائرية، ويبتعد في تنظيره عن الكثيرين من منظري الحالة الذين يؤكد معظمهم على الظواهر الذاتية للتنويم. وذلك لأنه يسعى إلى فهم التنويم الإيحائي وفق مكونات البيئة التي يحدث فيها وليس وفق الذاتية، أي أنه يحتوي على إطار اجتماعي أوسع للاعتقاد belief والتوقع expectation والسلوك المناسب للدور التي يحدث فيه التنويم الإيحائي. بيد أنه لا يرفض الملاحظات التي يستند عليها مثل هذا التنظير. وإن بعض تنظيره يحتفظ بآثار فكرة الحالة المتغيرة ويبدو عليه أنه معتمدها، وأنه كلما كان الدور-الذات أقل تمايزاً، كلما كان هناك مجهوداً عضوياً أكبر ومشاركة أكبر عدد من الأجهزة العضوية في تنفيذ السلوك. وتجعل وجهة النظر هذه ساربين على اتفاق مع منظري الحالة أكبر مما يعترف به عموماً، لكونه يشترك معهم في نظرته إلى التنويم الإيحائي بمثابة أنه تغير ذاتي. وقد يختلف في التأكيد على المتغيرات الاجتماعية إلا أنه اختار التركيز على نقاط تخليه عن تنظير الحالة مفترضاً أن أوجه الشبه ستكون واضحة (Sheehan & Perry,1976 :133).

نظرية سوتكليف Sutcliffe:

يركز فليب جي سوتكليف Philip.J. Sutcliffe في تنظيره على التمييز المعروف والمهم وهو الوصف المصدّق والشكوكي credulous, skeptical accounts بظاهرة التنويم الإيحائي، وهذا التمييز يدور بشكل أساسي حول مسألة: هل أن المثيرات التنويمية الموحى بها لها مضامين معنوية مطابقة للمثيرات الحسية؟ (المنهج القابل للتصديق)، أم هل أن سلوك التنويم الإيحائي هو استجابة لتحفيز خيالي؟ (المنهج الشكوكي). ويثار الوصف الساذج للتنويم عندما تكون عملية الإدراك الحسي التي تلي الإيحاء التنويمي قريبة من تلك التي تنتج عن ظروف التحفيز الفعلي، أما الوصف الشكوكي للتنويم فيثار عندما يدرك المفحوص كل وضع على أنه حقيقي في الوقت الذي يتصرف فيه وكأن الأحداث يحييها المنوم (Sheehan & Perry,1976 : 155).

إن السمات البارزة للوصف (القابل للتصديق) تتمثل في أن شهادة المفحوص حول عبقرية تجربته مقبولة تماماً، ويمكن الاستعاضة عن المحفز الفعلي بالإيحاء، ووفقاً للوصف الساذج للتنويم يتوجب اعتباره حالة خاصة قادرة على إحداث تغيرات في أية وظيفة سلوكية أو عقلية والتي يمكن أن تؤدي إلى تجاوز القابلية العادية (أي التفوق عليها)، وعلى النقيض من هذه السمات فإن السمات البارزة للوصف الشكوكي للتنويم هي تلك التي لا يمكن للشهادة التنويمية قبولها في معناها الظاهري (بالرغم من كونها مهمة)، إن الخيالات التنويمية ليس لها المضمون المعنوي ذاته كالمضمون المعنوي الذي يثيره التحفيز الحقيقي، ويمكن تحقيق سلوك الغشية بشكل تام عن طريق الأداء خارج حالة التنويم الإيحائي (Sutcliffe,1952 :215).

يوضح عمل باربر وساربين ووايت وآخرين الرأي الشكوكي بالتنويم الإيحائي بالرغم من أن سوتكليف اختار وايت White 1941 كأنموذج لهذا الرأي، بالنسبة لوايت فإن الهدف الأكثر عمومية هو أن تتصرف كشخص نائم إيحائياً كما يحدد ذلك المنوم ويستوعبه الشخص بدوره. وهذه الآراء لسوتكليف تتناقض تناقضاً حاداً مع آراء اريكسون 1952 الذي يعتبره سوتكليف مقترح الرأي القابل للتصديق. إذ يرى اريكسون أن الغشية هي ظاهرة ضمنفسية (واقعة بين العقل أو النفس أو المصحوبة) والتي تعتمد بشكل كلي

على العمليات الداخلية التي يتحدث عنها الشـــخص (Erickson,1952 :241). وتظـــهر التحليلات الدقيقة لكتابات إريكسون إلى أن هناك شك في هل أنه يعد المضمون المعنـــوي للتجربة التنويمية يتوازى دائماً مع المضمون الذي يصـــاحب التحفـــيز الحقيقـــي، إلا أن تعريف سوتكليف للمنهج القابل للتصديق يوجد في رأي إريكسون في ظـــاهرة الهلوســة السلبية للتنويم الإيحائي: فبالنسبة لإريكسون تتضمن الهلوســـة إعـــادة تنظيـــم عمليـــات سيكوفسلجية عصبية قادرة على الصمود أمام أغلب البحوث الاختبارية.

إن الرأي القابل للتصديق هو رأي متطرف كما أشار إلى ذلك كـــل مـــن هيلجـــارد 1950a وآخرون مثل ويتزنهوفر Weitzenhoffer 1963، 1964 إلا أنه فقد بعض قيمـــة النظرية وسط الاستجابات التي يثيرها مصطلحي (شكوكي وقابل للتصديق) في دلالتـــهما (Weitzenhoffer,1963 & Weitzenhoffer,1964). ولم يقصد سوتكليف أن يؤخذ كـــل مصطلح بأي معنى تقويمي، وأن الجدل حول ما يعنيه مصطلح (قـــابل للتصديـــق) أبعـــد الاهتمام المتكلف الذي يحمله الرأي الشكوكي، وهو من الناحية العملية أكثر تعقيداً ومليئـــاً إلى الحد الذي يجعله مصدراً لوضع فرضيات حول كيفية شرح ظاهرة التنويم الإيحـــائي (Weitzenhoffer,1964 :241-268).

ومما ينبغي التنويه إليه أن مصطلح "الشكوكي" أحدث بعض الخلط والارتيـــاب فـــي الأدبيات. فهناك طريقتان شكوكيتان تخص التنويم الإيحائي أشار إليهما سوتكليف يمكـــن التمييز بينهما بكل وضوح عند استعراض الإمكانات النظرية لأنموذجه. إذ يؤكـــد الـــرأي الشكوكي في صيغته غير المعقدة على أن الشخص ينصاع بدراية منه إلى الإيحاءات التـــي يقوم بها المنوم والتي تتصل مباشرة بالاستجابة الطوعية، فيعطى الشخص إيحاءاً بأعمـــال هلوسية وكأن الجسم الموحى به موجوداً، إلا أنه يعلم بأنه ليس كذلك. إن الطريقة البديلـــة هي أكثر تعقيداً في جانبها النظري (وأكثر صعوبة في تحويلها إلى عملية)، وبنـــاءً علـــى الرأي الثاني هذا فإن الشخص النائم ينصاع للإيحاءات بالرغم من حقيقـــة أن تجربتـــه لا تظهر النتائج ذاتها والتي يرافقها تحفيز حقيقي، فمن المهم أنه لا يعرف إلا الواقـــع الـــذي يوحي به المنوم. ووفقاً لهذا الرأي فإن الشخص النائم يخضع لنوع من التضليـــل، إلا أن وجوده لا يحمل مضمون معنوي متوازي، ولهذا يظهر الرأي الشكوكي. وعلى أية حـــال

فإن عنصر الاعتقاد (الإيمان) يميز الاستجابة للتنويم الإيحائي عن التظاهر (Sheehan & Perry,1976 : 157) .

إن معطيات سوتكليف تتضمن قبول الرأي الثاني الشكوكي المعقد : التنويم الإيحائي لا يعيد تنظيم المضمون المعنوي للتحفيز الحقيقي إلا أنه مع ذلك يميز عن الاستجابة والانخداع الطوعي. إن النائم يقتنع بشكل طوعي وذكي بأن الحالة هي كما يوحي بها المنوم، وهو يؤمن بأن العالم الذي من حوله هو غير ما هو عليه. فإذا ما طلب منه تصور صدمة فإنه سيشهد أنه شعر بها (عاشها كخبرة)، وإذا طلب منه أن يسمع أصواتاً حوله فإنه سيصدق بأنه يسمع هذه الأصوات، بالرغم من أن الاختبار الدقيق لنتائج الهلوسة الموحى بها سيشير إلى أنه لا يسمع هذه الأصوات (Sutcliffe,1972 :275- 289).

إن التضليل الذي يمر به النائم يعكس زيغ وعي المفحوص Self-Consciousness أو معرفته بذاته. ويؤكد الأنموذج أن النائم يضلل "في علاقته بالعالم الحقيقي real World" فالنائم يعرف العالم الخارجي كما هو، إلا أنه لا يعرف أنه يعرف، وأن وجهة نظر الشخص هي التي تعكس طبيعة التضليل وليست استجابته الشخصية. ويستند التضليل إلى التكوين الجينى للشخص أو تجاربه السابقة. وتشير النظرية إلى أن الاعتقاد الذي يظهره النائم ليس خاصاً ببيئة التنويم الإيحائي، فقد يظهر في تجارب الحياة اليومية العادية. وفضلاً عن ذلك فإن الإيحاء التنويمي قد يعلل التضليل الموجود أو يزيد من قيمة آخر (Sutcliffe,1970 :279-284).

ومن الجدير بالذكر أن نظرية سوتكليف تشكل رد فعل للمفهوم التاريخي المبكر الذي ينص على أن المنوم وتأثير إيحاءاته هي محددات بارزة للاستجابة للتنويم الإيحائي. أم بالنسبة لسوتكليف فإن نجاح الإيحاء يعتمد على الملكات التي يمتلكها الشخص النائم، وتمثل العلاقة التنويمية التي تنشأ بين المنوم والنائم وضعاً ملائماً للشخص لكي يكشف عن ميوله التي يجلبها معه إلى الجلسة والاتصال بين المنوم بين الشخص (الذي يعرف بالإيحاء) هو الشرط الظاهر لتسهيل العرض الطبيعي لقابليات الشخص للغشية. وإن إجراءات الحث الإيحائي تتولى مهمة تمكين المنوم من تأسيس علاقة اجتماعية يمكن من

خلالها تعطيل الواقع المادي والسماح للخيال بأن يعمل بكل حرية. ولذلك فالقابلية للتخيل هي إحدى الأجزاء المهمة للذخيرة الإدراكية للشخص القابل للتأثر بالإيحاء (Sutcliffe,1970 :280-287).

وعلى أية حال فإن القابلية للتنويم الإيحائي تعد ثابتة، ويمكن أن تكون سمة trait في الشخصية، وإن الإجراءات التنويمية تجعل هذه السمة تظهر بشكل منظم ومعتمد عليه. وهناك سمات عدة لما يطلق عليه بـ (الشخصية القابلة للتنويم) تستقى من المعلومات التي جمعها سوتكليف، ذلك أن المنوم يختلف عن الشخص النائم في أنه قادر على التصور الحي وكونه أكثر انفصالاً وأسرع في عكس المنظور (Sheehan & Perry,1976 : 158).

نظرية أورني Orne:

صاغ مارتن تي أورني Martin T Orne في المراحل الأولى (1959-1962) من صياغة أنموذجه النظري العديد من سمات جوهر التنويم الإيحائي، إذ استخدم مصطلح "جوهرية essence" لتحديد الآثار الوقتية للتنويم الإيحائي، والتي بقيت بعد أن تم تعليل لعب الدور، وازدياد الدافعية للاستجابة لرغبات المنوم. ولقد أعرب عن مشكلة الطريقة الأفضل لتصوير التغير في الدافعية التي تنضوي تحت الزيادة في الخضوع للإيحاء التي تتبع الحث. وعدت القدرة على الحث بأنها تعكس عوامل (كالانصياع البسيط على سبيل المثال) والتي قد تنطبق على أوضاع تجريبية أخرى بضمنها تلك المتعلقة بالتنويم الإيحائي. هذا من جهة، ومن جهة أخرى عبر أورني 1959 عن رأيه بأن حالة التنويم الإيحائي تزيد في دفع الشخص لينصاع للرغبات أو الإيحاءات -الظاهرة والضمنية- لمجري التجربة (Orne,1959 :282).

لقد بدا أن تأثير سمات الحاجة مختلطة ببحوث التنويم الإيحائي التي بحثت حالة النوعي التي يتم بحثها، وكلتاهما -على ما يبدو- تزودان بالنائمين إلى أن يكونوا متعاونين وتواقين للإرضاء. واتخذ الأنموذج موقفاً غامضاً لعزو دافعية المفحوصين الحقيقيين إلى إدراكاتهم لخصائص التلميح فقط، بل الخواص الناشئة لحالة الغشية الفعلية أيضاً

(Orne,1959 :58). وضمنت سمات الجوهر في هذه الصيغة النظرية الأولية، فقد تم صياغة التنويم الإيحائي كحالة وعي متغيرة غير مرضية في طبيعتها، إلا أنها متميزة عن الخبرة العادية في حالة اليقظة، ويُعتقد أن السمات الأساسية للحالة هي التغيرات في الخبرة الذاتية التي تتميز بالانقطاع وعدم التواصل مع خبرة اليقظة اليومية، والافتقار إلى الإدارة في قابلية الشخص للاستجابة للمنوم، وقدرته على أن يخبر التشوهات الواقعية للإدراك والشعور والذاكرة باتجاه يخالف الواقع، والقدرة التي يبديها في تحمل التناشز المنطقي التي ستعمل على إثارة الاضطراب لدى المفحوص السوي المستيقظ. ومن أهم هذه الخصائص تلك التي يعززها الأنموذج بشكل متسق (Orne,1972: 285) (Hilgard,1975 :123). وهي قدرة النائم على تحمل السخافات المنطقية logical absurdities (الموضحة على سبيل المثال بمنطق الغشية) ومشاعر القسر التي تميز بشكل نمطي استجابة الشخص السريع التأثر بعمق بالإيحاء التنويمي. ويصر أورني – بشكل مستقل عن السمات المتنوعة التي تميز أية حالة غشية – على وجوب اعتبار أن التنويم الإيحائي يحدث في سياق خاص، إذ توجد فيه قواعد ضمنية للُعبة العاملة ما بين الباحث (المنوم) والمفحوص (النائم). ومن الجدير بالذكر أن التغيرات الطارئة على الخبرة الذاتية الفعلية للوعي والذاكرة تحدث على نحو ينسجم والتلميحات المعطاة من المنوم، في حين يسعى المفحوص إلى أن يلعب دور المفحوص الجيد، أو بتعبير أدق إثبات شرعية وصف السرنمة (Orne,1962 :778).

وما دامت أساليب الأنموذج هي المهمة فإن التغيرات الطارئة على الخبرة الذاتية التي تميز الغشية التنويمية تكون مهمة في حالة ملازمتها للتغيرات في السلوك. إذ أن الأنموذج بوجه خاص يهدف إلى الكشف عن هذه الفروق في الاستجابة القابلة للملاحظة التي لا يمكن عزوها إلى خصائص الطلب demand الموجودة في الموقف التجريبي. إن السلوك الحقيقي-الزائف في تطبيقه أنموذجاً علمياً بصراحة وسلوكياً بصراحة في توجهه، غير أن أورني يلجأ نظرياً بوضوح أولاً وأخيراً إلى الخبرة الخاصة للخاضع للتنويم. وبالإمكان تحديد الأثر العام للتنويم الإيحائي على أي شخص في الغشية العميقة وفقاً لخبرته الشخصية فقط (Orne,1959 :297). ومن الناحية النظرية فإن طبيعة خبرة النائم يتوجب

أن تكون جانباً مكملاً لدراسة التنويم الإيحائي وهنا تكمن الخصائص الجوهرية للظــاهرة. ومما ينبغي التنويه إليه أن التركيز على العمليات الشخصية حدا بــالكثيرين إلــى انتقــاد المنظور، فبارير 1969 مثلاً انتقد كل من أورني وهيلجارد لاعتمادهما غير العلمي علــى الأحداث الخاصة private events لمعايير أصالة الظواهر. وبقيامه بذلــك فإنــه يغفــل بسهولة المنطق الفعلي لنموذج السلوك الفعلي-الزائف. والشهادة في الغشية قد تؤكد حقيقــة التنويم الإيحائي للأشخاص النائمين إيحائياً، بيد أن الشهادة لوحدها رغــم أنــها مثبتــة لا يعدها الأنموذج كافية لإقناع الآخرين بالطبيعة ذات المعنى للاستجابة للتنويم الإيحــائي. إن أنموذج السلوك الفعلي-الزائف في النمط العلمي الجاد يتطلب معلومـــات تمنــح الإثبــات الموضوعي لآثار التنويم الإيحائي (Sheehan & Perry,1976 :182).

ويضع أورني في عمله اللاحق تأكيدات على أنموذجه فقــد أعــرب -علــى ســبيل المثال- عن رغبته في المكوث بالقرب من المستوى الوصفي عند الحديث عن الأحــداث التنويمية، إذ شعر أورني بوجود اتفاق في الرأي عن المستوى الوصفي إلى أن يتم إشراك التنويم، ولربما أقترح أن من السابق لأوانه محاولة تحديد الفرضية مــن خــلال تحديــد الظروف السابقة، وبطريقة منهجية منتظمة. ومن الملاحظ أن أورني لم يركز في طرحــه اللاحق لأنموذجه على بعض الخصائص التي كان أكد عليها سابقاً، بل أكد علــى وجــود سمتان أساسيتان للتنويم وهما:

أولاً- أثر التنويم في تحريف الإدراكات والذكريات لدى الأفراد الذين لديهم القابلية العالية للاستجابة للتنويم.

ثانياً- الطبيعة القسرية للخبرة التنويمية التي يلغي فيها المفحوص قدرته على التصرف بشكل إرادي (Orne,1965 : 286-328) (Orne,1969 :143-179) (Orne,1972 :399-443).

وهناك تغيير مهم آخر في نظرية أورني هو تقييمه لمستوى الدافعية لدى المفحوصين الخاضعين للتنويم، فقد استقرأ تنظيره المبكر وجهة نظر وايــت White 1941 ورأى أن الزيادة في الدافعية تكون نتيجة لحالة تنويمية، فالخاضع للتنويم يكون أكثر انصياعاً ممــا هو متوقع بشكل طبيعي (Orne,1959 :58) (Orne,1954 : 294).

ويؤكد أن العلامة المميزة في الظاهرة التنويمية هي طبيعة ونوعية الأحداث الذاتية المصاحبة، فمن المهم نظرياً التأكيد على أن الخبرة الذاتية للمفحوص أثناء تنفيذها لإيحاء ما بعد التنويم تكون مختلفة اختلافاً ملحوظاً عن ما يصاحبها من طلب استيقاظي، بالرغم من أن البحوث قد أظهرت عدم إمكانية برهنة الفروق في السلوك بين هاتين المجموعتين من الظروف (Damaser,1964 :212).

وتؤكد النظرية على أن السلوك الحقيقي – الزائف يحتوي على خواص محددة للخبرة، ويعرض أورني مقترحات لتلك التي يتوجب تحديدها بشكل موضوعي. ومع ذلك لا يعطي الأنموذج مؤشرات فعلية حول تحقيق هذا الهدف. وليس واضحاً على سبيل المثال كيف سيقيم الفرد القدرة لدى مفحوص قابل للتأثير عليه لكي يخبر حدثاً متخيلاً شرط وجوده فعلياً من اللجوء إلى شهادة المفحوص، والأخيرة بعيدة عن كونها مناسبة في أن تكون المصدر الوحيد للاستناد عليه في تشخيص التنويم. وعند الحديث عن خبرات الهلوسة فإن أورني يؤكد أن في حالة تصرف المفحوص كما لو أن لديه هذه الخبرات وما دام من الممكن التيقن من ذلك، فإنه قد يقول فعلياً بأنه خاضع للتنويم الإيحائي (Orne,1072 :401).

ويهيئ هذا الأنموذج بشكل متميز تحليل أنماط الاستجابة السلوكية لدى المفحوصين لكنه يفتقر إلى استراتيجيات خاصة تهدف إلى تلبية المتطلبات التي ينبغي أن يكون التحقق منها سهل بشكل صادق (Sheehan & Perry,1976 :183)) .

وختاماً فإن هذا الأنموذج يقوم بالتحليل الدقيق والخاص للأداء السلوكي لدى المفحوصين، وهو يحلل تفسير استجابتهم للتنويم وفقاً للعوامل المرتبطة بالخبرة الاجتماعية للتجربة النفسية. ويتفاعل النائم بطريقة خاصة مع المنوم بوصفه باحثاً، ويصمم الأنموذج للإجابة على سؤال مهم لكيفية تفريق الحقيقة المصطنعة المنبثقة عن هذا التفاعل عن السمات الجوهرية المحتملة للتنويم. إن واقع التنويم المشار إليه باتساق من خلال نظرية أورني وفقاً للخبرات الذاتية لدى الفرد الخاضع للتنويم، والخبرات الخاصة التي ستكون خير من يوضح الحالة التنويمية هي التي تستلزم التشوهات في الذاكرة والمعرفة والشعور (Orne,1974 :4,orne & Hammer,1974 :140). التي أكدت عليها

النظرية مؤخراً، وكذلك يتم التركيز بالشدة وبالشكل المتميز على التشوهات (التحريفـــات الإدراكية)، ويتم اعتبار الجوانب المهمة في التنويم أنها تلك الجوانب التـــي لـــها علاقـــة بخصائص الخبرات المستحثة لدى المفحوص، وعلى وجه التخصيص فإن أورني يرى أن المفحوص حينما يكون خاضعاً للتنويم فإنه يتقبل تحريفات الإدراك والذاكرة التي يوحيـــها المنوم على أنها حقيقية، وهذه سمة يشدد عليها سوتكليف في تفسيره للتنويم. وفي الواقـــع حدد أورني التنويم بطريقة صريحة بأنه بمثابة حالة من الـــهذيان الوقتـــي A State of transient delusion (Orne,1074 :153).

نظرية لندن فهرر

لاحظ لندن وفهرر في تحليلهما للنتائج المتناقضة التي تناولت التنويم الإيحائي أن هذه الدراسات جميعها استفادت من افتراض مشترك حول طبيعة التنويم الإيحائي ومؤدى هـــذا الافتراض هو أن التنويم قد يكون لديه نوع معين من أثر دافعي خاص بشكل إيجابي لـــدى المفحوصين الذين يتم حثهم على الأداء بشكل شاق أكبر مما هو عليه في العادة. لقد ســعى التصميم الذي اقترحاه إلى اختبار هذا الافتراض من خلال توفير مجموعة مـــن الشـــروط التجريبية التي ستؤثر صراحة بشكل واضح في قضية الدافعية المعززة. وبالإمكان التيقـــن من بدايات هذا الموقف النظري فقد اعتقدا أنه من الممكن أن تكون الدافعية مهمـــة جـــداً للأداء التنويمي وقد اشترك في وجهة النظر هذه العديد من الباحثين الآخرين أيضاً أمثـــال باربر وأورني. وعلى ذلك فإن بالإمكان أن تعني الدافعية أمور كثـــيرة مختلفـــة لأنـــاس مختلفين. فما الذي يجعل موقف لندن وفهرر مختلفاً؟. إن ما يجعل موقفهما متمـــيزاً هـــو محاولتهما تفريق مصادر متنوعة من الدافعية التي قد تعمل في الموقف التنويمـــي، كمـــا يلاحظ في العادة، فقد يمثل تفاعل الدوافع المستمدة من أشكال متنوعـــة مـــن المصـــادر المختلفة ما يأتي:

أولاً- أن هناك موقف تجريبي بحد ذاتـــه، فقـــد لاحظـــا أن الحقيقـــة القائلـــة بـــأن المفحوصين السريعي التأثر يكونون قادرون على تزييف السلوك التنويمي حينمـــا تكـــون لديهم دافعية مناسبة دون تدريب خاص تبين أن بعض آثار التنويـــم قـــد تمثـــل أداءات لا

تكون بديهية لدى أولئك المفحوصين. إنهما يقترحان أن الحث على التنويم قد يكون بحد ذاته دافعية فطرية فهناك هالة تحيط بالموقف التجريبي وتوحي ضمناً للمفحوص بأن تحسن أدائه أمراً متوقعاً بعد التعرض لسلسلة من الطقوس المؤثرة (London & Fuhrer,1961 :322). إن موقع إجراء الحث على التنويم بحد ذاته بوصفه مصدراً للدافعية يتناسب -إلى حد معين- مع خصائص الطلب، غير أن بوسعه أن يصبح دقيقاً للغاية. وقد تسفر التغيرات الطارئة على السلوك عن أن فكرة التنويم ستستخدم في بعض الأحيان مستقبلاً في التجربة (Rosenham & London,1963 :78). وطبقاً لهذه الاعتبارات فإن ثمة وعي لدى لندن وفهرر أن الدوافع التي يولدها الموقف التنويمي قد تتولد بالتساوي بواسطة سبل تنويمية أخرى، وهكذا فقد أظهر هذا التصميم حساسيته لقضية السيطرة وهو غالباً ما يسعى إلى مقارنة الأداء التنويمي بالأداء الذي يتم الحصول عليه عبر شروط غير تنويمية.

ثانياً- إن موقف لندن وفهرر ينطوي ضمناً على موقف نظري متميز، هو اهتمامهما بالفروق الفردية في القدرة على الخضوع للتنويم من خلال المقارنة بين المفحوصين من ذوي القدرة العالية على التأثر بالتنويم الإيحائي (الذين ليهم القدرة على الدخول في الغشية) والمفحوصين الذين لديهم القدرة الواطئة على التأثر بالتنويم الإيحائي (غير القادرين على الوقوع في الغشية). وقاما بهذه المقارنات من خلال عدد من المهام المتفاوتة (على سبيل المثال مقاييس متنوعة في التحمل البدني وكذلك التعلم بالاستظهار عن ظهر قلب)، وبناءً على ذلك فإن الفروق الحاصلة بين الأشخاص من ذوي القدرة على الدخول في الغشية، وغير ذوي القدرة على الدخول في الغشية، أوضحت أن الأخيرين يؤدون بشكل أفضل -على الرغم من أنه ليس أداءً ذا دلالة معنوية- من المفحوصين القادرين على الوقوع في الغشية في مهام تتعلق بالتحمل البدني، في حين مال المفحوصين من ذوي القدرة على الوقوع في الغشية إلى إظهار أداءات متفوقة في المعدل الأساسي عن المفحوصين الذين ليس لديهم هذه القدرة في الوقوع في الغشية في مهام التعلم. لقد قادت وجهة النظر هذه إلى وجود مؤيدين لهذا الأنموذج للتأكيد على دور الموقف الذي يحدث فيه التنويم بوصفه عاملاً رئيساً يقيد التعميم المتعلق بالتنويم. وقد أعلن هذا الموقف

بإسهاب كل من لندن London وكونانت Conant ودفيسون Daveson إلى وجود سمات شخصية مميزة بين القادرين على الوقوع في الغشية وغير القادرين على الوقوع في تلك الغشية (London et al.1966 :34). إلا أن الدراسات المتراكمة على مدى السنين أخفقت في ايجاد علاقة بين سمات الشخصية والقابلية على الخضوع للتنويم الإيحائي، ولهذا السبب فإن لندن وفهرر يفترضان أن الفروق الأساسية ترتبط بالاستعدادات نحو المواقف التي يتباين فيها الأداء بشكل طبيعي مع الجوانب المختلفة من التوجهات التمهيدية مثل طريقة تزويدهم بها، أو تعقيدية محتواها وبتعبير آخر فقد تستند على أنماط أو نماذج تفريقية لرد الفعل (الاستجابة) ومن ثم على متغيرات مستقرة للشخصية. أي أن تصميم لندن وفهرر يدافع وبوضوح عن الموقف التفاعلي وهو موقف يعتبر السلوك أنه بمثابة حصيلة للتفاعل ما بين المتغيرات الموقفية وإدراك الفرد لبيئته المباشرة اللصيقة به (Ekehammer.1974 :81).

وعلى الرغم من أن هذه الفروق أثبتت أنها مظللة، إلا أن الفكرة القائلة بأن التنويم يؤثر في أداء الأشخاص القادرين على الوقوع في الغشية والأشخاص غير القادرين على الوقوع في الغشية بشكل تفاضلي ذو أهمية كبيرة في فهم التنويم الإيحائي. ولهذا الموقف الخاص مضمون ذو أهمية كبيرة. فعلى خلاف ما كان يعتقد بين أوساط الباحثين التجريبيين من أن المفحوصين الذين ليس لديهم القابلية على الوقوع في الغشية يتأثرون بدرجة معينة بإجراءات الحث على التنويم، إن الأثر ليس كبيراً ككبره لدى المفحوصين من ذوي القدرة على الوقوع في الغشية ولكن ذلك يبين أن الأشخاص الذين ليس لديهم القابلية على التأثر – وعلى الرغم من أنهم ليسوا سريعي التأثر به – فإنهم لا يكونون أقل انقياداً للإيحاء. فلسنوات كثيرة وأثناء أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين توحدت قابلية الخضوع للتنويم الإيحائي بقوة مع قابلية الخضوع للإيحاء. لهذا يرى أنموذج لندن – فهرر بأن الأشخاص من ذوي القدرة الواطئة للتأثر يظهرون صوراً أخرى من التأثر لأساليب في الإيحاء بالرغم من عدم تأثرهم بالحث على التنويم (Sheehan & Perry.1976 :230).

ومما تقدم يمكن القول أن أنموذج لندن وفهرر تطور بشكل رئيس نتيجة للخبرة المتأتية من استخدامه التجريبي في المحاولة الأولى لتمييز الأشخاص الذين لديهم قابلية الخضوع للتنويم، عن أولئك الذين ليس لديهم قابلية التأثر. إذ أن هذا الأنموذج قد بدأ بموقف نظري ضمني موجه نحو التناقضات في البيانات التي كدسها الباحثون السابقون الذين لم يكوّنوا على الدوام هذا التفريق المهم بين السمة trait والحالة state، وظهر من خلال التجريب الذي أجرياه، ومن النتائج المتضاربة، ما طور موقف أوسع يرى أن التنويم الإيحائي من الممكن أن تكون له آثار متغيرة تتفاعل مع كل أداة لقياس القدرة على سرعة التأثر من ناحية. ومن ناحية أخرى، فإن تعميم ما يتعلق بهذه الآثار هو المهم، دون الأخذ بنظر الاعتبار قدرة المفحوصين على سرعة التأثر، والمدى المحدود للمهام التجريبية (Rosenhan & London,1963 :33). وفضلاً عن ذلك يعتقد أن للتعليمات التجريبية دوراً حاسماً، لذا فإن من الممكن لوظائف الشرط التنويمي أن تجعل مفحوصاً ما أكثر تقبلاً مما كان عليه في وقت سابق لأنواع معينة من الحد الأعلى لتوجيهات الأداء (Slotnick & London,1965 : 45).

خاتمة:

مما سبق من استعراض لنظريات التنويم الإيحائي وجد أنها تباينت في النظر إلى التنويم الإيحائي بسبب اختلاف العلماء في منطلقاتهم الفكرية وطبيعة الفلسفة التي يؤمنون بها، والخلفية العلمية والمهنية، والأساليب المستخدمة في دراساتهم، بيد أن أقرب المنظورات التي يمكن الاعتماد عليها هي نظرية عالم النفس إرنست هيلجارد Ernest Hilgard للآتي:

1- حداثتها وشموليتها لحالات الوعي المتغيرة وفي ضمنها التنويم الإيحائي والاضطرابات التحولية.

2-تجاوزها لصعوبات وهنات النظريات الأخرى.

3- أنها أتت نتيجة لتطبيق الذخيرة العلمية والخبرة العملية وممارسة التنويم في مجال العلاج النفسي، وبأسلوب تجريبي خاضع للضبط الدقيق.

4- أن الكثير من أدبيات ودراسات التنويم الإيحائي -لاسيما الحديثة منها- تشير إلى هذه النظرية وتعتمد عليها في تفسير التنويم الإيحائي.

5- أن هذا المنظور لا يتناقض مع منطلقات الباحث الفكرية والنظرية.

الفصل الثالث

دراسات سابقة

1- مدخل إلى الدراسات السابقة.

2- دراسات تناولت الاضطرابات التحولية.

3- دراسات تناولت التنويم الإيحائي.

4- دراسات تناولت علاقة الاضطرابات التحولية بالتنويم الإيحائي.

5- مناقشة عامة للدراسات السابقة.

1- مدخل إلى الدراسات السابقة:

إن استعراض الباحث للدراسات السابقة ومناقشتها في فصل منفرد:

أ- يعطي فكرة واضحة عن أنواع وأعراض الاضطرابات التحولية، وتأثيراتها، وعلاقاتها بمتغيرات أخرى، والطرائق المختلفة لعلاجها.

ب- يعطي فكرة واضحة عن أهم استخدامات التنويم الإيحائي وتطبيقاته في العديد من الأغراض ولاسيما العلاجية منها.

ج- يسهم في إثراء المعرفة العلمية لهذين المتغيرين بشكل واضح ودقيق.

د- يوفر قدراً من الدراسات، يمكن أن يكون دليلاً يهتدي به من يبحثون وراءه في هذه المجالات.

كما تعد عملية استعراض الدراسات السابقة خطوة مهمة في البحث العلمي لأنها:

أ- تمكن الباحث من معرفة موقع بحثه من البحوث التي سبقته.

ب- تسهم في دعم وتعزيز البحث لأنها تفيد الباحث في تحديد أهدافه ووسائل الوصول إليها بدقة.

ج- مهمة من الناحية العلمية، إذ تمكن الباحث من معرفة مدى حاجة المكتبة العلمية والمجتمع لدراسة مثل دراسته، فليس ثمة فائدة كبيرة من الدراسة يمكن إضافتها، إذا كان ما يقوم به تكراراً لعمل الآخرين، بل يجب أن يمثل عمله لبنة جديدة تضاف إلى الصرح العلمي، بحيث تغنيه وتعززه، ومن ثم تكون حلقة من حلقات البحث العلمي المتواصل، وخطوة إلى الأمام، لأن الباحث ابتدأ من حيث انتهى الآخرون.

د- مهمة من الناحية الاقتصادية، إذ يوفر الاطلاع على البحوث السابقة الكثير من الجهد والوقت، فهي توفر عليه الخطوات غير الضرورية والزائدة التي كان يمكن أن يقع فيها، كما أنها توصله إلى النتائج بدقة وسهولة.

ولذا فإن الباحث اطلع على العديد من الدراسات وما ذكره هنا لا يمثل إلا جزءاً منها ليوضح موقع بحثه الحالي من الدراسات السابقة التي وزعت بين ثلاثة محاور رئيسة،

وصنف كل محور منها إلى دراسات عربية (إذا وجدت) ودراسات أجنبية، بحسب تـــاريخ صدورها وعلى النحو الآتي :

- دراسات تناولت الاضطرابات التَّحولية.
- دراسات تناولت التنويم الإيحائي.
- دراسات تناولت علاقة الاضطرابات التَّحولية بالتنويم الإيحائي.
- واختتم الفصل بمناقشة عامة للدراسات السابقة.

2 دراسات تناولت الاضطرابات التحولية:

أ دراسات عربية:

أولاً- دراسة عكاشة 1984:

استهدفت هذه الدراسة معرفة نسبة انتشار الاضطرابات التحولية في مصر. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت عينة بلغت 100 مريضة، و50 مريضاً، تتراوح أعمارهم ما بين 20-40 سنة. وبعد معالجة البيانات إحصائياً ظهرت النتائج الآتية:

(1) احتلت الأعراض الحشوية المرتبة الأولى في الترتيب، تلتها الأعراض الحركية، ثم الأعراض الحسية.

(2) إن الأعراض التحويلة والتفككية أكثر انتشارا بين الإناث عنه من الذكور.

(3) تختلف نسبة انتشار الأعراض وفقاً للشريحة الإجتماعية (عكاشة،1984 :83-85).

ثانياً- دراسة الجبوري 1994:

استهدفت هذه الدراسة بناء مقياس تشخيصي للرحام التحويلي لطلبة الجامعة، وقياس انتشاره لدى طلبة الجامعة. وقد اختار الباحث عينة لهذه الدراسة بلغت 401 طالب وطالبة جامعية، وبعد جمع البيانات ومعالجتها باستخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين t.test، والنسبة المئوية. وأظهرت النتائج أن نسبة الانتشار بين الطلبة عامة بلغت 4% وبين الإناث 6% أما بين الذكور فكانت 2% (الجبوري،1994 :1-4).

ب- دراسات أجنبية:

أولاً- دراسة ويزلي Wessely 1987:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أنواع الهستيريا بحسب درجة شدتها. وبعد معالجة البيانات ظهرت النتائج الآتية:

(1) يوجد نوعان من الهستيريا:

(أ) هستيريا القلق الشديد: وتحدث بصورة رئيسة لدى الأطفال في سن الدراسة.

(ب) الهستيريا الحركية الشديدة: وتحدث للأعمار كافة، ويكون علاجها عسيراً، وتستغرق مدة طويلة (Wessely,1987 :109-120).

ثانياً- دراسة بمبوارد وآخرين Bemporad et al 1988:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أسباب الاضطرابات التحولية. وبعد معالجة البيانات ظهرت النتائج الآتية:

(1) الصراع بين الأفكار الثقافية المحدودة الخاطئة.

(2) العوامل الوراثية.

(3) التخلص من الصراع والتوتر.

(4) الأعراض أساليب تهربية لتجنب المسؤولية المناطة به، والتي لا يستطيع تجنبها بسبب الأعراف والتقاليد الاجتماعية (Bemporad et al 1988 : 96 103).

ثالثاً- دراسة أبل Apple 1989:

استهدفت هذه الدراسة معرفة العلاقة بين الاضطرابات التحولية والسيطرة على وظائف المثانة والأمعاء. وبلغت عينة الدراسة 17 مريضاً من الراقدين في المستشفى، يعانون من الشلل التحولي وفقاً للتشخيص السريري لهؤلاء المضطربين. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) إن لدى المرضى جميعهم القدرة على السيطرة على وظائف الأمعاء والمثانة، وهي نقطة مهمة في تشخيص الاضطرابات التحولية.

(2) تحسن المرضى جميعهم باستثناء فرد واحد فقط.

(3) شفاء 13 مريضاً شفاءً كلياً (Apple,1989 :428-431).

رابعاً- دراسة نيمجانكار وآخرين Nimgaonkar et al 1989:

استهدفت هذه الدراسة التعرف على الفروق بين الأطفال الذين يعانون من الأعراض التحولية، والأطفال الذين يعانون من آلام نفسية غير تحولية. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة سجلات المستشفيات الخاصة بالأطفال الذين يعانون من الاضطرابات التحولية، والأطفال الذين يعانون من آلام نفسية غير تحولية للمدة بين 1984-1985 لعينة مكونة من 123 طفلاً، مقسمين إلى مجموعتين الأولى 101 طفل يعانون من الاضطرابات التحولية، والثانية 22 طفلاً يعانون من آلام نفسية غير تحولية. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) وجود فروق ذات دلالة معنوية بين المجموعتين في الأعراض المرضية.

(2) أظهرت مجموعة المرضى الذين يعانون من آلام نفسية أعراض الصداع وآلام البطن.

(3) أظهرت مجموعة الاضطرابات التحولية أعراض قلق، وآلام بطنية، ونوبات تشنجية.

(4) إن التشخيص المبكر ذو فائدة جوهرية لتحاشي البحوث غير الضرورية (Nimgaonkar et al,1989 :251-256).

خامساً- دراسة بيبي Bibby 1995:

استهدفت هذه الدراسة علاج شلل الرقبة التحولي (الصعر) ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة العلاج الطبي بالعقاقير والعلاج النفسي لمريضة تعاني من شلل الرقبة. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) اكتشاف أن سبب الحالة هو نفسي وليس جسمياً .

(2) إخفاق العلاج الطبي بالعقاقير في شفاء هذه الحالة.

(3) نجاح العلاج النفسي في شفاء هذا الاضطراب (Bibby,1995 :59-60).

سادساً- دراسة ثايل وسكسلر Thiel & Schussler 1995:

استهدفت هذه الدراسة معرفة علاقة إباء أو شره الطعام بالاضطرابات النرجسية في نظام الذات واضطراب الوسواس القسري. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة مقياس النرجسية ومقياس اضطراب تناول الطعام. وبلغت عينة الدراسة 34 مريضاً مصابين بإباء أو شره الطعام، و57 مريضاً يعانون من اضطرابات نرجسية. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى أن الوسواس القسري في شره أو إباء الطعام قد يكون عملية دفاعية لاشعورية ضد تفكك الذات (Thiel & Schussler,1995 :60-76).

سابعاً- دراسة دي كروت وآخرين De-Groot et al 1995:

استهدفت هذه الدراسة تقويم العلاقة الارتباطية بين الإكسثيميا Alexithymia والاكتئاب والأعراض الجسمية لدى النساء اللواتي يعنين من الشره في تناول الطعام، ومعرفة مدى إسهام برنامج العلاج النفسي المكثف في خفض درجة الإكسثيميا. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامج علاج نفسي واستبيان لاضطرابات الأكل قبل وبعد العلاج. وبلغت عينة الدراسة 31 امرأة من اللواتي يعانين من الشره في تناول الطعام، و20 امرأة من غير المصابات بالشره في تناول الطعام. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) انخفضت نسبة الإصابات بالإكسثيما لدى المصابات من 61.3 % إلى 32.2%.

(2) انخفضت اضطرابات الطعام المصحوبة بالإكسثيميا بعد العلاج.

(3) انخفاض الاكتئاب والأعراض الجسمية (DeGroot et al,1995 :53-60).

ثامناً- دراسة ريجيل وآخرين Riegel et al 1995:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر العلاج النفسي للسعال النفسي المنشأ بوصفه اضطراباً تحولياً. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامج العلاج الذاتي بالاسترخاء والتغذية المرتدة. وبرنامجاً علاجياً بواسطة الكلام والاسترخاء والتنفس . بلغت عينة الدراسة أربعة مرضى مقسمين إلى 4 مرضى من الذكور ومريضة واحدة يبلغ عمرها 41 عاماً . و توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية :

(1) عولجت المريضة بنجاح بواسطة التدريب الذاتي بالاسترخاء والتغذية المرتدة.

(2) عولج ثلاثة مرضى من المرضى الأربعة باستخدام برنامج العلاج بالكلام والاسترخاء والتنفس (Riegel et al,1995 :155-58).

تاسعاً- دراسة هورنلاد وهاستد Horneland & Hastad 1996:

استهدفت هذه الدراسة معرفة الأعراض التي تظهر لدى الأطفال الذين تعرضوا للانتهاك الجنسي. وبعد معالجة البيانات تبينت النتائج الآتية:

(1) كشفت الدراسة عن ظهور العديد من الاضطرابات التحولية لدى الذكور.

(2) كشفت أن الفارق بين الإناث والذكور هو أن الإناث كن في حالة يئس وشعور بالذنب، أما الذكور فكانوا في حالة غضب وانفعال شديد، وظهور أعراض نفسجسمية، وأعراض رهاب كرهاب المثيل، أو المبالغة في الذكورة.

(3) أن نسبة 3.50% من القائمين بالانتهاك الجنسي كانوا قد تعرضوا للانتهاك الجنسي عندما كانوا أطفالاً (Horneland & Hastad,1996: 3506 3508).

عاشراً- دراسة برايزر وفننغ Brazier & Venning 1997:

استهدفت هذه الدراسة تطبيق العلاج الجماعي وإعادة التأهيل للمصابين بالاضطرابات التحولية. واستخدمت الدراسة مجموعة من الشباب الذين يعانون من الاضطرابات التحولية عينة لها. وتوصلت هذه الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) إن الذين يعانون من الاضطرابات التحولية بحاجة إلى طريقة معالجة تختلف عن الطريقة المتبعة مع من يعانون من أمراض عضوية.

(2) وضع طريقة علاج جماعية تعتمد على التقويم المفصل، والشرح المستفيض عن الأسباب التي تقف وراء ظهور الأعراض ومدى تقبل الأعراض المرضية، والعمل على تحقيق الأهداف القابلة للتحقيق، والحث على الشجاعة ومكافئة السلوك الحسن، وتجاهل السلوك غير السوي، وتأكيد إعادة الاندماج والتكامل مع المدرسة (Brazier & Venning, 1997: 594 608).

حادي عشر – دراسة شل وآخرين Shell et al 1997:

استهدفت هذه الدراسة علاج الاضطرابات التحولية بواسطة الطرائق الإسنادية. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت التشخيص وفقاً لمعايير . واستخدمت مريضة واحدة كعينة لدراستها. وكانت النتائج على النحو الآتي:

(1) أشارت الدراسة إلى أن الاضطرابات التحولية هي أعراض تؤثر في الحركة الإرادية، التي توحي بوجود حالة عصبية، أو طبية، مسبوقة بصراع، أو أشكال أخرى من الضغط.

(2) ظهر أن العلاج ذا الطابع الإسنادي هو الأمثل بالدرجة الأساس مع تأكيد التوافق السلوكي (Shell et al.,1997 : 226 229).

ثاني عشر – دراسة فونغ وآخرين Foong et al 1997:

استهدفت هذه الدراسة تقصي العلاقة بين الإيحاء والإصابة بالاضطرابات التحولية. وبلغت عينتها 12 مريضاً بالاضطرابات التحولية بوصفهم عينة تجريبية، و10 مرضى عصابين بوصفهم عينة ضابطة. وبعد معالجة البيانات لم تدعم نتائج هذه الدراسة القناعة السائدة بوجود العلاقة بين درجة الإيحائية عند الفرد والإصابة بالاضطرابات التحولية (Foong et al.,1997 : 317 321).

ثالث عشر- دراسة بنزر وآخرين Binzer et al 1998:

استهدفت هذه الدراسة معرفة الفروق في السلوك المرضي والاكتئاب لدى المصابين بالعجز الحركي المفاجئ من ذوي الاضطرابات التحولية وأقرانهم ذوي الإصابات العضوية. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة قائمة السلوك المرضي IPQ، ومقياس هاملتون للاكتئاب لعينة بلغت 60 مريضاً مصابين بالعجز الحركي المفاجئ قسموا إلى مجموعتين، 30 مريضاً منهم كان السبب عضوياً، و30 مريضاً كان السبب تحولياً. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) كان متوسط درجات مقياس هاملتون للاكتئاب أعلى وبدلالة معنوية لدى مجموعة الاضطرابات التحولية.

(2) ظهر أن المصابين بالاضطرابات التحولية لديهم درجة كبيرة من الهياج، والرهاب، ونبذ التفسيرات النفسية لأعراضهم.

(3) كان معدل رفض المضطربين تحولياً للتفسيرات النفسية للأعراض كبيراً في كلتا الأداتين.

(4) تبين أن أداة السلوك المرضي IPQ أداة غير مناسبة للتفريق بين الأسباب العضوية وبين الأسباب النفسية للاضطرابات (Binzer et al.1998 :657-666).

رابع عشر- دراسة بنزر وايزمان Binzer &Eisemann 1998:

استهدفت الدراسة معرفة العلاقة بين خبرات الطفولة وسمات الشخصية وأعراض الاضطرابات التحولية الحركية. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة مقياس التقدير الذاتي السويدي، ومقياس كارولينسكا للشخصية، وDSM I &DSMII، والمقابلة السريرية.لعينة بلغت 60 مريضاً 30 منهم شخصوا على انهم يعانون من الاضطرابات التحولية الحركية، و30 مريضاً راقدين في المستشفى يعانون من اضطرابات حركية عصبية. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) وجود علاقة دالة معنوياً بين الاضطرابات التحولية والأعراض الاكتئابية.

(2) وجود علاقة دالة معنوياً بين الاضطرابات التحولية والإنجاز الدراسي الضعيف.

(3) وجود علاقة دالة معنوياً بين الاضطرابات التحولية والرفض الوالدي.

(4) وجود علاقة دالة معنوياً بين الاضطرابات التحولية وانخفاض مستوى الحنان والعطف الانفعالي خلال الطفولة.

(5) لا توجد علاقة دالة معنوياً بين الاضطرابات التحولية وسوء المعاملة الجسمية أو الجنسية (Binzer & Eisemann,1998 :288-295).

خامس عشر – دراسة بولان وآخرين Pualuan et al 1998:

استهدفت هذه الدراسة معرفة الأعراض الهستيرية وراء الذهان .ولتحقيق هذا الهدف قام ثلاثة محللين نفسيين بتحليل نفسي لطفل عمره 8.5 يعاني من الذهان منذ أكثر من سنة. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) وجود علاقة ملحوظة بين حمل الأم وإجهاضها وموت الجنين وظهور تخيلات النزوع إلى القتل.

(2) ملاحظة المحللين وجود سمات إسقاطية وقلق عام، ووجود أعراض ذهانية متفاقمة، مما دفع الباحثين إلى الإعتقاد بأن المريض يخفي اضطراباً هستيرياً وراء الأعراض الذهانية (Pualuan et al,1998 :88-102).

سادس عشر – سايبوليسكا Cybulska 1998:

استهدفت هذه الدراسة معرفة ما إذا كان الذين يعانون من الغصة التحولية مكتئبين؟ ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة مقياس سمات الشخصية لمجموعة من المرضى يعانون من الغصة التحولية. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) اكثر من نصفهم تظهر لديهم أعراض اكتابية.

(2) النصف الآخر لديهم سمات شخصية تحولية .

(3) إذا عرف إن الأعراض الاكتئابية تعود عوامل إلى نفس فسلجية فإنها تستجيب للعلاج بمضادات الاكتئاب (Cybulska,1998: 640-641).

سابع عشر – دراسة ماينجوا Muyangwa 1998:

استهدفت هذه الدراسة معرفة العلاقة بين الاضطرابات التحولية والأداء الأكـاديمي. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة تقويم الدرجات في اللغة الإنجليزية، والرياضيـات، واللغة المحلية، ومقياس الاضطرابات التحولية لعينة بلغت 27 طالباً وطالبـة مـن طلبـة المدارس الثانوية، 25 طالبة وطالبين اثنين. تتراوح أعمـارهم بيـن 12-23 سـنة، فـي المرحلة الدراسية الممتدة من 12-18 وفي ست مدارس مختلفة. وبعد معالجـة البيانـات إحصائياً توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية بين درجـات الطلبـة العالية قبل وبعد النوبة التحولية (Muyangwa.1998 :11-62).

ثامن عشر – دراسة بومان وماركاند Bowman & Markand 1999:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر أحداث الحياة في حدوث النوبات التشنجية الكاذبـة لدى الكبار. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة التشخيص السريري، ومقياس الأحداث الحياتية. وبلغت عينة الدراسة 58 مريضاً يعانون من النوبات التشـنجية الكاذبـة بسـبب تعرضهم لصدمات أو أحداث حياتية ضاغطة. وبعد معالجة البيانات إحصائيـاً توصلـت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) وجود علاقة ارتباطيه بين هذه النوبات وأربعة أنماط من احداث الحيـاة البعيـدة والقريبة .

(2) وجود علاقة ارتباطية بين هذه النوبات ونمطين من الصدمات واثنين من أحـداث التعبير الانفعالي غير المناسبة.

وجود علاقة بين الأحداث الحياتية البعيدة والحالية في أحداث هذه النوبات (Bowman & Markand.1999 :70-88).

تاسع عشر – دراسة زهيريا وآخرين Zeharia et al 1999:

استهدفت هذه الدراسة علاج الأطفال الذين يعـانون مـن ردود الأفعـال التحوليـة. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة التشخيص السريري، وسجلات المستشفى المتعلقـة

بالأطفال لمدة 9 سنوات، وبلغت عينة الدراسة 47 طفلاً يعانون من ردود الأفعال التحولية من المراجعين للعيادة الخارجية. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) يمكن أن تشخص ردود الأفعال التحولية لدى الأطفال بشكل دقيق وواضح من خلال الفحوص الجسمية، والتاريخ المرضي السابق .

(2) كلما تمت عملية التشخيص مبكراً، كلما ساعد ذلك في عملية العلاج السريع.

(3) التدخل العلاجي السريع يمنع تفاقم الحالة أو استمرارها، ويساعد العائلة على التخلص من هذه الحالة الضاغطة بأسرع وقت.

(4) يساعد التشخيص السريع على شفاء الحالة بأسرع وقت من دون عودة أو تكرار الحالة مرة أخرى.

(5) يساعد التعاون بين عائلة المريض والمعالج في سرعة التشخيص والعلاج .(Zeharia et al,1999 :160-164)

الاستنتاجات:

ويمكن أن يستنتج من الدراسات التي تناولت الاضطرابات التحولية ما يأتي:

أ- أنها تظهر بصور متعددة وأعراض مختلفة وفقاً لثقافة الفرد وعمره والشريحة الاجتماعية التي ينتمي إليها.

ب- أنها تصيب الفئات العمرية كافة بيد أنها أكثر انتشاراً في مراحل العمر الحرجة.

ج- طرائق العلاج الوقائي المستخدمة معها قد لا تجدي نفعاً لوحدها، فضلاً عما يمكن أن تسببه من آثار جانبية واعتماد عليها.

د- تستغرق طرق العلاج النفسي الأخرى وقتاً طويلاً مقارنة بالعلاج التنويمي لها.

هـ- أنها لا تصيب عضواً محدداً بل يمكن أن تصيب أعضاء وأجهزة الجسم كافة.

و- تشير الأدبيات والدراسات السابقة إلى أن الاضطرابات التحولية من الاضطرابات التي لوحظت منذ أقدم العصور.

3 دراسات تناولت التنويم الإيحائي :

أولاً- دراسة شابوشنيكوف Shaposshnikov 1982 :

استهدفت هذه الدراسة كشف العلاقة بين التنويم الإيحائي وبين القدرات فوق الحسية، ومنها الإدراك فوق الحسي، وبعد أن درب الباحث 40 فرداً على الدخول إلى الدرجة الثالثة من درجات التنويم الإيحائي، قام بتحفز الإيحاء الذاتي بواسطة الإيحاء للشخص بأنه بعد استيقاظه ستعمل جميع أحاسيسه على أداء كل ما يوصيه لنفسه، شريطة أن تصاحبه كلمة معينة بوصفه مفتاح. وتوصلت الدراسة إلى أن أفراد العينة تمكنوا من أن يخبروا قوى تمكنهم من استشعار الإشعاع الحراري للأشياء والقدرة على بث وتلقي الأفكار عن بعد (التخاطر) والتأثير في الأشياء (التحريك النفسي) (Shaposhnikov, 1982, pp. 93-100).

ثانياً- دراسة ساندو Sandow 1986 :

استهدفت هذه الدراسة كشف العلاقة بين القدرة على التنويم الإيحائي والإبداع وبين القدرات الباراسايكولوجية، ولتحقيق هذا الهدف طبيقت اختبارات للقدرة على التنويم الإيحائي، واختبارات الإبداع (استقلالية الحكم والقدرة على تحمل الغموض)، واختبارات الإدراك فوق الحسي على عينة تكونت من 60 فرداً، موزعين بالتساوي بواقع 30 من الذكور و30 من الأناث، وتوصلت الدراسة إلى:

(1) إن نجاح المفحوصين في الإدراك فوق الحسي يعتمد على مزاج الباحث قبل إجراء الاختبارات.

(2) كلما كانت تعليمات الاختبار والمعلومات غير واضحة، ازداد الإخفاق في اختبارات الإدراك فوق الحسي (Sandow,1986 :205).

ثالثاً- دراسة سبانوس وآخرين 1988 spanos and others :

استهدف الباحثون من هذه الدراسة التعرف على الفروق في أثر علاج التؤلل بين التنويم الإيحائي والعلاج الغفل placebo والإيحاء. ولتحقيق هذا الهدف أجرى الباحثون تجربتين في قسم علم النفس بجامعة كارلتون لمجموعات متكافئة من المصابين بالثؤلل، تم في الأولى استخدام التنويم لمجموعة، والعلاج الغفل لمجوعة أخرى، وتم في الثانية استخدام التنويم الإيحائي لمجموعة، والإيحاء فقط لمجموعة أخرى، وذلك بالإيحاء لهم بالصور الذهنية في أثناء العلاج، وقد توصل الباحثون إلى النتائج الآتية :

(1) تفوق التنويم الإيحائي على العلاج الغفل في إزالة الثؤلل في التجربة الأولى.

(2) تساوي فعالية العلاج بالتنويم الإيحائي مع العلاج بالإيحاء فقط في إزالة الثؤلل.

(3) عدم ظهور أية أعراض جانبية للعلاج بالتنويم الإيحائي، أو بالإيحاء كلايهما عند المعالجين (Spanos et al,1988 :245-260).

رابعاً- دراسة إدلسون وفيتز باتريك Edelson & Fitzpatrick 1989:

استهدفت هذه الدراسة مقارنة التنويم الإيحائي بالعلاجات المعرفية-السلوكية في علاج الآلام المزمنة. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة استبيان السيطرة على الانتباه، استبيان ماكجل للألم، مقياس النشاط اللغوي لعينة مكونة من 27 مريضاً يعانون من الآلام المزمنة قسموا إلى 3 مجموعات. الأولى عولجت بالتنويم الإيحائي، والثانية عولجت بالعلاج السلوكي المعرفي، والثالثة عولجت بالسيطرة على الانتباه. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) انخفاض في حدة الألم للمجموعة التي عولجت بالعلاج السلوكي المعرفي.

(2) انخفاض في الأعراض المرضية على مقياس ماكجل للألم للمجموعة التي عولجت بالتنويم الإيحائي.

(3) أسفرت النتائج التتبعية بعد شهر واحد من العلاج عن حصول درجات واطئة في تقدير الألم وبدلالة معنوية في المجموعة التي عولجت بالعلاج السلوكي المعرفي مقارنة بالمجموعتين السابقتين.

(4) لم تظهر فروق ذات دلالة معنوية بين المجموعة التي عولجت بالتنويم الإيحائي، والمجوعة التي عولجت بالعلاج السلوكي المعرفي.

(5) تفوق العلاج السلوكي المعرفي في مقاييس السلوك وتكافؤ التنويم في مقاييس التقدير الذاتي (Edelson & Fitzpatrick,1989 :316-323).

خامساً – دراسة أولنس Olness 1989:

استهدفت هذه الدراسة معرفة العلاقة بين التعامل مع الألم والتحكم الفسلجي. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامج علاج بالتنويم الإيحائي على شكل جلسات علاجية تتراوح بين جلسة واحدة إلى أربع جلسات اعتماداً على نمط المشكلات الناتجة من الألم، وكذلك جهاز السيطرة على درجة حرارة الجلد لعينة من الأطفال دربوا على التحكم الفسلجي من أجل التعامل مع الألم. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) بوسع الأطفال الاستفادة من أساليب التنويم الإيحائي والتغذية المرتدة في مواقف الطوارئ الحادة.

(2) قدرة الأطفال على التحكم بالوظائف الذاتية (الأوتونومية) مثل السيطرة على درجة حرارة المحيط (Olness.1989 :873-884).

سادساً – دراسة جمس وآخرين James et al 1989:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر التنويم الإيحائي في التخلص من الألم. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة مقياس ستانفورد السريري على التنويم الإيحائي. والسجلات اليومية لشدة الألم ونوعيته، وبرنامج للتنويم الإيحائي، واستبيان المسح الصحي، واستبيان ماكجل McGill، واستبيان مفهوم الذات للمرض لعينة مكونة من 5 مرضى يعانون من

الآلام المزمنة احيلوا من مستشفى أوكلاند وكانوا من ذوي القابلية العالية على التنويم الإيحائي. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) ذكر مفحوصان تحسنهما الكامل من الألم.

(2) ذكر مفحوصان أن التحسن الذي طرأ عليهم كان قليلاً.

(3) تدهور صحة أحد المفحوصين.

(4) أظهرت النتائج الفعالية العالية في التنويم الإيحائي الذاتي في معالجة الآلام المزمنة.

(5) ليست القابلية على التنويم الإيحائي هي العامل الوحيد المساعد في العلاج، وذلك لأن الكثير من المفحوصين الذين لديهم القابلية العالية على التنويم قد يحصلون على منفعة محددة من التنويم الذاتي (James et al,1989 :161-168).

سابعاً- دراسة دي بنيديتس De Benedittis 1989:

استهدفت هذه الدراسة معرفة آثار التنويم الإيحائي في تسكين الألم لدى المصابين بفقر الدم الموضعي. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة مقياس ستانفورد لقابلية التنويم الإيحائي، ومقياس تحمل الألم والإزعاج الناجم منه، ومقياس مستوى القلق، ومقياس تركيز البلازما لهرمون الإندروفين Endrophin لعينة مكونة من 21 مفحوصاً. منهم 11 مفحوصاً من ذوي القابلية العالية على التنويم الإيحائي، و10 مفحوصين من ذوي القابلية الواطئة على التنويم الإيحائي. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) أبدت النتائج الزيادات الدالة لتحمل الألم والإزعاج الناجم عنه أثناء التنويم الإيحائي مقارنة بحالات اليقظة.

(2) وجود علاقة دالة معنوياً بين التخلص من الألم وإزعاجاته وقابلية التنويم الإيحائي.

(3) لم يرتبط تسكين الألم بالإندروفين وتقليل القلق (DeBenedittis,1989 :55-69).

ثامناً- دراسة روزاتي Rosatti 1989:

استهدفت هذه الدراسة المقارنة بين التنويم الإيحائي وعقار المورفين والعقار الغفل Placebo المستعملة في التخدير لمجوعة من المرضى الذين يعانون من الحروق والسرطان والآلام المزمنة. وتوصلت الدراسة إلى:

(1) يتميز التنويم الإيحائي بعدم وحدوث مخاطر (آثار جانبية سلبية) مقارنة بالعقاقير المستعملة في التخدير.

(2) يمكن استخدام التنويم الإيحائي مع المرضى الذين يعانون من الحروق، وآلام السرطان، والآلام المزمنة (Rosatti,1989 :561-566).

تاسعاً- دراسة مورفي وآخرين Murphy et al 1989:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر العلاج بالتنويم في الربو. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة مقياس هارفارد لسرعة التأثر بالتنويم الإيحائي، ومقياس حدة الربو لعينة مؤلفة من 12 مريضاً يعانون من الربو. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) تبين وجود ارتباط إيجابي دال معنوياً بين القابلية العالية على التنويم الإيحائي وفقاً لمقياس هارفارد، والتحسن من الربو على مقياس حدة الربو.

(2) وجود علاقة دالة معنوياً بين التحسن في أعراض الربو والتقدير الذاتي، بحسب ما يشعر به المريض (Murphy et al.1989 :691-698).

عاشراً- دراسة مير وآخرين Meyer et al 1989:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر التنويم الإيحائي الذاتي في تدفق الدم الموضعي إلى قشرة الدماغ، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة التنويم الإيحائي الذاتي، وعقار مخدر لعينة مكونة من 13 متطوعاً من الذكور الأصحاء في أثناء أدائهم تمرين رفع اليد اليمنى الوهمي لسباحة في أثناء التنويم. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) زيادة تدفق الدم إلى قشرة الدماغ، وتنشيط موضعي للمناطق الصدغية.

(2) صعوبة التحقق من زيادة كمية الدم في نصفي كرة الدماغ الأيمن والأيسر أثناء التنويم (Meyer et al,1989 :48-58).

حادي عشر – دراسة شرتوك وكاهن 1992*:

استهدفت هذه الدراسة التمييز بين نوعين من الحالات هما حالات الرفض الإرادي، وحالات فقدان الاستعداد (القابلية) على التنويم الإيحائي. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة المقابلة والروائز (الاختبارات) لعينة مكونة من 40 مريضاً، أغلبهم مصابون بأمراض نفسجسمية وخضع معظمهم لمتابعة طبية، بعد أن أجريت لهم عمليات جراحية ولم تتحسن أعراضهم. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى أن الأفراد غير الصالحين يتمتعون بالخصائص الآتية:

(1) جميعهم كانوا متوافقين من الناحية الاجتماعية.

(2) لديهم شخصيات مضطربة جداً ويحسون بالذهان الجسمي ترافقه بنية نرجسية .

(3) الألم الجسمي يتيح لهم الاحتفاظ بتوازن نفسي نسبي.

(4) كان اتصالهم بالواقع عابراً.

في حين أن الأفراد الصالحون للتنويم بالخصائص الآتية:

(1) كانوا جميعهم متوافقين اجتماعياً.

(2) كان اتصالهم بالواقع اتصالاً جيداً.

(3) كانوا يعانون من بعض مشكلات الصراع.

(4) لم تظهر لديهم بنيات وسواسية (شرتوك،1992 :83-84).

ثاني عشر – دراسة روزيلا وآخرين Ruzyla et al 1995:

استهدفت هذه الدراسة اختبار تأثيرات التنويم الإيحائي في الاستجابة المناعية. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الأدوات الآتية:

* اعتمد تاريخ نشر الدراسة في مؤلف شيرتوك التنويم المغناطيسي 1992 لعدم الحصول على تاريخ إجراء الدراسة.

(1) الفحص المختبري لخلايا الدم.

(2) مقياس للتنويم الإيحائي .

واستخدمت عينة من الأشخاص قسمت إلى مجموعتين، الأولى كانت من ذوي القابلية العالية على التنويم والثانية من ذوي القابلية الواطئة على التنويم الإيحائي. وبعد معالجة البيانات إحصائيا، توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة معنوية في الاستجابة المناعية لخلايا T.& B. لصالح ذوي القابلية العالية على التنويم الإيحائي (Ruzyla et al.1995 : 71 79).

ثالث عشر– دراسة سيكوفيسكي وآخرين Seikowski et al 1995:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر التنويم الإيحائي والتدريب الذاتي في علاج الأفراد الذين يعانون من تصلب الجلد وكيفية التعامل مع المرض. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامج علاج بالتنويم الإيحائي والاسترخاء والتدريب الذاتي، لمدة 4 أشهر لعينة مؤلفة من12 مريضاً يعانون من تصلب الجلد قسمت إلى مجموعتين. الأولى مؤلفة من 6 مرضى خضعوا لبرنامج العلاج بالتنويم الإيحائي، والأخرى مكونة من 6 أفراد أيضا لم تخضع للبرنامج العلاجي. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) كانت درجة حرارة جلد الإصبع لدى المجموعة التجريبية أعلى مما هو عليه لدى المجموعة الضابطة، وبدلالة معنوية.

(2) أكد المرضى من المجموعة التجريبية أن باستطاعتهم الآن تقصير أمد نوبات الألم بعد العلاج من خلال التنويم الذاتي.

(3) ذكر المرضى في المجموعة التجريبية أنهم أصبحوا قادرين على التوافق مع المرض.

(4) يمكن اعتماد التنويم الإيحائي والتدريب الذاتي بوصفه علاجاً مكملا للمرضى الذين يعانون من تصلب الجلد (Seikowski et al .1995 :94-101).

رابع عشر – دراسة كيرنان وآخرين Kiernan et al 1995:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر التنويم الإيحائي في تسكين الألـم. ولتحقيق هـذا الهدف استخدمت الدراسة برنامج التنويم الإيحائي ومقاييس لتقديرات حسـية، ووجدانيـة لعينة مؤلفة من 10 متطوعين ممن أعطوا تقديرات حسية ووجدانية عندما كان يوجه إليـهم مثير كهربائي في المرحلة الأولى، وأعطوا تفسيراً لهذه التقديرات عندما كـانوا هـامدين وفي المرحلة الثانية أعطوا نفس التقديرات في مرحلة اليقظـة أيضـا . وبعـدة معالجـة البيانات إحصائيا توصلت الدراسة إلى انخفاض الألم بتأثير التنويـم الإيحـائي وبدلالـة معنوية خلافا للمعالجات الأخرى (Kiernan et al.1995 :39-47)

خامس عشر – دراسة ناجي Nagy 1995 :

استهدفت الدراسة استخدام التنويم الإيحائي في استرجاع الذكريات الماضية، ولتحقيـق هذا الهدف استخدمت الدراسة التنويم الإيحائي، ومقياس للتذكر، لامرأة عمرها 52 عامـاً. وبعد معالجة البيانات إحصائيا توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) تمت استعادة ذكريات يعود تاريخها إلى 27 عاما، واستعيدت ذكريـات مؤلمـة تتعلق بحادثة غشيان محارم.

(2) ظهرت الذكريات على شكل صور فوتوغرافية كمـا ذكـرت ذلـك المريضـة .(Nagy.1995 :118-126)

سادس عشر – دراسة سكولز Sculz 1996:

استهدفت هذه الدراسة معرفة إمكانية الاستعاضة عن الخـدر الموضعـي بـالتنويم الإيحائي. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت وسيلة تنويم خاصـة مسـتندة إلـى الاسـترخاء العضلي والإحساس بدرجة الحرارة. وبلغت عينة هذه الدراسة 14 حالة، مقسمة إلـى 10 حالات تعاني من تسارع نبضات القلب، و4 حالات تعاني من الخدر الشوكي للركبة. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) نجاح التنويم الإيحائي في علاج ست حالات من الحالات العشر التي تعاني من تسارع نبضات القلب.

(2) نجاح التنويم الإيحائي في علاج حالات الخدر الشوكي جميعها (Sculz,1996 :965-996).

سابع عشر – دراسة سومرز وسومرز Sommers & Sommers 1996:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر الجمع بين طريقة أوز O z والتنويم الإيحائي في علاج الأطفال الذين يقاومون طرائق العلاج النفسي. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة طريقة أوز O z بوصفها طريقة مساعدة مع العلاج السلوكي – المعرفي، فضلاً عن التنويم الإيحائي، واستخدمت عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين 8–13. وكانوا يقاومون العلاج بسبب بعض الاضطرابات السلوكية لديهم كالإهمال أو الاندفاعية الزائدة. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) حل المشكلات السلوكية للأطفال وتنمية مواهب التنظيم الذاتي وتعزيز تقدير الذات بالجمع بين طريقة أوز والتنويم الإيحائي.

(2) إن طريقة أوز طريقة مساعدة ومناسبة مع التنويم الإيحائي في حل مشكلات الأطفال السلوكية (Sommers & Sommers,1996 :105-114).

ثامن عشر – دراسة شاو وولبري Shaw & Welbury 1996:

استهدفت هذه الدراسة استخدام التنويم الإيحائي بدلاً من المخدر الموضعي في قلع الأسنان. ولتحقيق هذا الهدف استخدم التنويم الإيحائي مع عينة تكونت من 20 طفلاً لديهم مشاكل صحية تتطلب قلع أحد الأسنان. وبعد معالجة البيانات توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) تكللت العملية بالنجاح الباهر في قلع الأسنان من دون ألم لدى 16 طفلاً.

(2) يمكن استخدام التنويم الإيحائي وبنجاح بوصفها طريقة مساعدة في عمليات قلـــع الأسنان عند الأطفال (Shaw & Welbury.1996 :418-420)

تاسع عشر – دراسة كلارك Clarke 1996:

استهدفت هذه الدراسة تقصي نسبة التدريب على التنويـــم الإيحـــائي فـــي الجامعـــة. ولتحقيق هذا الهدف، استخدمت نتائج التقارير المقدمة عـــام 1995 بشـــأن تعلـــم التنويـــم الإيحائي في الولايات المتحدة، وكليات طب الأسنان الكندية. وبلغت عينة الدراسة 50 كلية أي ما يعادل 78% من مجموع الكليات في الولايات الأمريكية وكندا. وبعد مقارنة نتـــائج هذه الدراسة مع التقارير التي أجريت عام 1973 وعام 1980 توصلت الدراسة إلى:

(1) لوحظ ازدياد عدد الفصول الدراسية التي يتم فيها تدريس مادة التنويم الإيحـــــائي بمعدل ساعة إلى ساعتين، أي من 18% إلى 30% عام 1995.

(2) زيادة عدد فصول تعليم مادة التنويم الإيحائي في الكليات الجامعية (Clarke.1996 :89-92).

عشرون – دراسة مور ووشر Moore & Wiesher 1996:

استهدفت هذه الدراسة معرفة فعالية التنويم الإيحائي في توسيع الأوعية. ولتحقيق هـذا الهدف استخدم التنويم الإيحائي مع التغذية المرتدة لمدة ستة أسابيع بمعدل جلســـة واحـــدة أسبوعياً. وبلغت عينة هذه الدراسة 30مريضاً يعانون من مـــرض Extremity repetitive strain injuries. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى أن المجموعة التـــي عولجت بالتنويم الإيحائي حققت تقدماً كبيراً في انخفـــاض الألـــم، مقارنـــة بالمجموعـــة الضابطة، التي حصلت على علاج دوائي فقط (Moore & Wiesher.1996 :97-104).

حادي وعشرون – دراسة أشتون وآخرين 1997 Ashton et al:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر الاسترخاء بالتنويم الإيحائي الذاتي في جراحة لممر جانبي للشريان التاجي. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة اختبار القابلية على التنويم الإيحائي، وبرنامج الاسترخاء بالتنويم الإيحائي الذاتي لعينة مكونة من 32 مريضاً ممن أجريت لهم عمليات جراحية لممر جانبي للشريان التاجي في المركز الصحي في كولومبيا. قسم هؤلاء المرضى إلى مجموعتين الأولى تجريبية دربت على الاسترخاء بالتنويم الإيحائي الذاتي قبل إجراء العملية، والثانية ضابطة خضعت للتنويم الإيحائي فقط. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) تمكن أفراد المجموعة التجريبية من الاسترخاء بعد إجراء العملية وبدلالة معنوية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

(2) كانت متطلبات علاج الألم لدى المجموعة التجريبية أقل من المجموعة الضابطة وبدلالة معنوية.

(3) لم يشك أفراد المجموعة التجريبية من الآلام بعد إجراء العملية الجراحية (Ashton, et al 1997 :69-75).

ثاني وعشرون – دراسة اسبيجل ومور 1997 Spiegel & Moore:

استهدفت هذه الدراسة استخدام التنويم الإيحائي في السيطرة على مرض السرطان. ولتحقيق هذا الهدف اعتمدت الدراسة برنامج علاج بالتنويم الإيحائي لمدة عشر سنوات، واستخدمت التنويم الإيحائي على شكل جلسات أسبوعية لمدة سنة كاملة، لعينة مكونة من 86 امرأة مصابة بالسرطان. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) ظهر أن الزيادة في مدة البقاء على قيد الحياة كانت دالة معنوياً.

(2) ابتعاد شبح الموت عن المريض.

(3) شجع البرنامج المريض على التعبير عن عواطفه، وساعده على التعامل معها.

(4) التركيز على توضيح الاتصال بين المريض والمعالج (Spiegel & Moore,1997 :1179-1189).

ثالث وعشرون – دراسة استيجلز وآخرين Steggles et al 1997:

استهدفت هذه الدراسة تقصي استخدام التنويم الإيحائي في علاج السرطان. ولتحقيق هذا الهدف قام الباحثون بتحليل المقالات والأدبيات المنشورة باللغة الإنجليزية علم 1985-1995 والتي تناولت علاج الأطفال المصابين بالسرطان. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى أنه ازداد استخدام التنويم الإيحائي في التخفيف من أعراض السرطان، والتقليل من آلامه مع الأطفال والمراهقين بشكل ملحوظ (Steggles et al,1997 :27-32).

رابع وعشرون – دراسة انكفست وآخرين Enqvist et al 1997:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر التنويم الإيحائي في التقليل من التقيؤ بعد إجراء العمليات الجراحية. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامجاً للتنويم الإيحائي، وبرنامجاً استرخائياً مسجلاً على شريط صوتي لعينة مكونة من 50 امرأة، قسمت إلى 25 امرأة في المجموعة التجريبية و25 في المجوعة الضابطة. وقد خضعت المجوعة التجريبية لبرنامج التنويم الإيحائي وشريط صوتي مسجل عليه تعليمات كيفية الاسترخاء بمعدل 4-6 مرات يومياً قبل الجراحة، والمرور بخبرة الحالات غير المنسجمة مع دوار البحر، وتقيؤ ما بعد العملية الجراحية، أما المجموعة الضابطة فإنها حصلت على العقاقير المضادة للتقيؤ. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) كانت المجموعة التجريبية الخاضعة للتنويم الإيحائي أقل تقيؤاً، وبدلالة معنوية بنسبة 39%.

(2) كانت نسبة التقيؤ لدى المجموعة الضابطة 68%.

(3) ظهور أعراض الدوار والحاجة إلى المسكنات لدى المجموعة الضابطة (Enqvist et al,1997 :1028-1032).

خامس وعشرون – دراسة باترسون وبتسك Patterson & Ptack 1997:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر استخدام التنويم الإيحائي في تخفيف الآلام الناجمة عن الحروق. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامج علاج بالتنويم الإيحائي وبرنامج آخر يضم معلومات وإرشادات موجزة عن كيفية الاسترخاء لعينة مكونة من 61 مريضاً من الراقدين في المستشفيات لإصابتهم بحروق من الدرجة الأولى. وقسمت العينة بشكل عشوائي إلى مجموعتين تجريبية خضعت لبرنامج التنويم الإيحائي، وضابطة حصلت على معلومات وإرشادات موجزة عن كيفية الاسترخاء من أحد المختصين في علم النفس. وتوصلت الدراسة إلى أن أفراد المجموعة التجريبية ذكروا تقديرات للألم مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة (Patterson & ptack,1997 :60-67).

سادس وعشرون – دراسة تان ولوشت Tan & Leusht 1997:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أهمية العلاج السلوكي المعرفي والتنويم الإيحائي. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة منهج البحث التاريخي لمجموعة من الأدبيات والدراسات المتعلقة بالعلاج السلوكي المعرفي والتنويم الإيحائي. وتوصلت الدراسة إلى أن الجمع بين العلاج السلوكي المعرفي والتنويم الإيحائي يقدم أفضل النتائج العلاجية (Tan & Leusht,1997 :396-416).

سابع وعشرون – دراسة جنكايتس وآخرين Janiukaitis et al 1997:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أي من نصفي الدماغ يسهم بدور أكبر في التنويم الإيحائي. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة المسح الميداني للأدبيات والدراسات السابقة المتعلقة بإسهام نصفي الدماغ في التنويم الإيحائي، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) ظهر أن العديد من جوانب التنويم الإيحائي قد تعد وظائف تعود إلى النصف الأيسر أكثر مما تعود إلى النصف الأيمن من الدماغ.

(2) تناقش نظرية النصف الأيسر من الدماغ وأثرها في التنويم الإيحائي في ضوء النتائج الحالية والنظريات المتعلقة بقاعدة النصف الأيسر من الدماغ للقدرات التركيبية أو التوليدية والأنموذج العصبي التطوري لنظام تنشيط هرمون الدوبامين في النصف اليسر لكرة الدماغ لتنفيذ البرامج الحركية المحددة مسبقاً (Janiukaitis et al,1997 :158-177).

ثامن وعشرون - دراسة دنجز وآخرين Dinges et al 1997:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر التنويم الإيحائي في علاج ألم انسداد الأوعية. ولتحقيق هذا الهدف استخدم في الدراسة برنامج علاج بالتنويم الإيحائي يستغرق 18 شهراً، تطبق فيه جلسات التنويم الإيحائي الذاتي بمعدل جلسة واحدة خلال الأشهر الستة الأولى، وجلستين في الأسبوع خلال الأشهر الستة الثانية، وثلاث جلسات في الأسبوع خلال الأشهر الستة الأخيرة. واستخدمت عينة من الأطفال والمراهقين والبالغين ممن يعانون من مرض الخلية المنجلية Sickle cell diseases. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) اقترن العلاج بالتنويم الإيحائي بانخفاض كبير ودال معنوياً لعدد الأيام التي يتعرض فيها المريض للألم.

(2) تناقص استخدام مهدءات الألم، ونسبة ليالي النوم السيئ خلال المرحلة المبكرة من العلاج.

(3) يسهم التنويم الإيحائي في تقليل حالات الألم الحادة والمتكررة (Dinges et al,1997 :417-432).

تاسع وعشرون - دراسة روزينوفا Rusinova 1997:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر الاستثارة الكهربائية للمنطقة الحسحركية للنصف الأيسر من قشرة الدماغ في إمكانية إحداث التنويم الإيحائي . ولتحقيق هذا الهدف

استخدمت الدراسة قطب الأنود للتيار الكهربائي المباشر، والتنويم الإيحائي، لمجموعة من الأرانب . وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) من الصعوبة إجراء التنويم الإيحائي في حالة وجود استثاره حركية للنصف الأيسر من القشرة الدماغية .

(2) يسهل إجراء التنويم في حالة وجود استثارة حركية ضعيفة في النصف الأيسر من القشرة الدماغية.

(3) احتفظ التنويم الإيحائي بالسيادة الحركية اليسرى حتى بعد الإيقاظ .(Rusinova,1997 :109-116)

ثلاثون – دراسة روهل وزمانسكي Ruehle & Zamansky 1997:

استهدفت هذه الدراسة بحث التنبؤات المختلفة لأربع نظريات في التنويم الإيحائي وذلك لفحص متغير وجود أو الجهد المعرفي اللازم للاستجابة أثناء التنويم. ولتحقيق هذا الهدف قام الباحثان باستعراض الأدبيات الخاصة بنظرية الإذعان، والنظرية المعرفية والنظرية التفككية الجديدة لهيلجارد، ونظرية السيطرة اللاارتباطية (الانشطارية) لباورز. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) فرز التنبؤات المختلفة للنظريات السابقة وتصنيفها.

(2) أضيف عدد من التعديلات التي من شأنها أن تساعد على إفراز المتغيرات المساهمة في الإنجاز من دون جهد في الاستجابة التنويمية (Ruehle & Zamansky,1997 :144-157).

حادي وثلاثون – دراسة ريدي وآخرين Reidy et al 1997:

استهدفت هذه الدراسة معرفة تأثير التنويم الإيحائي في استدعاء المعلومات. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت اختبارات الصح والخطأ، واختبارات الاختيار المتعدد، ومقياس التنويم الإيحائي، ومقياس القلق. وتألفت عينة هذه الدراسة من مجموعة من ذوي القابلية

الإيحائية العالية وأخرى من ذوي القابلية الإيحائية الواطئة. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) تمتع ذوو القابلية العالية على التنويم بذاكرة جيدة في اختبارات الصح والخطأ.

(2) ساعد التنويم الإيحائي في زيادة القدرة على الاسترجاع لذوي القلق الواطئ.

(3) وجود علاقة منحنية بين درجة القلق ودقة استرجاع المعلومات (Reidy et al,1997 :55-68).

ثاني وثلاثون – دراسة ستشر Sutcher 1997:

استهدفت هذه الدراسة معرفة التنويم الإيحائي في علاج العوق الجسمي بسبب تصلب الأنسجة. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامجاً علاجياً لتحسين الأعراض المرضية لعينة مكونة من 3 حالات مرضية. المريض الأول كان منذ مدة تزيد على 35 عاماً سجين الكرسي المتحرك، والمريض الثاني يعاني من صعوبة المحافظة على التوازن والمشي من دون مساعدة العكاز، أما المريضة الثالثة فكانت تعاني من آلام في الساق الأيمن. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) أظهر المرضى الثلاثة تحسناً مباشراً وملحوظاً خلال أسابيع.

(2) زيادة الأمل لدى المريض باحتمالية التحسن (Sutcher,1997 :283-290).

ثالث وثلاثون – دراسة شخريبر Schreiber 1997:

استهدفت هذه الدراسة معرفة استخدام أثر التنويم الإيحائي الجمعي في تحسين التحصيل الدراسي لدى طلبة الكلية. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامج تنويم إيحائي يطبق بشكل جمعي وسجلات درجات امتحانات نصف السنة والامتحانات النهائية. وبلغت عينة هذه الدراسة 96 طالباً من طلبة قسم علم النفس التربوي موزعين بين ثلاثة مجموعات. الأولى تجريبية مكونة من 30 طالباً وطالبة، والثانية ضابطة مكونة من 34 طالباً وطالبة، والثالثة ضابطة أيضاً مكونة من 32 طالباً وطالبة. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) تبين أن التحصيل الدراسي لدى أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت للتنويم الإيحائي حصلت على متوسط درجات أعلى وبدلالة معنوية في الامتحانات النهائية مقارنة بالمجموعتين الضابطتين.

(2) لم تظهر فروق دالة معنوياً في التحصيل الدراسي لامتحانات نصف السنة لدى المجموعات الثلاث (Schreiber,1997 :636-638).

رابع وثلاثون – دراسة فارثينج وآخرين Farthing et al 1997:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر التنويم الإيحائي في تخفيف الألم. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة اختبارات انخفاض آلام ضغط الدم، وإناء يحتوي على ماء شديد البرودة لعينة مؤلفة من 4 مجموعات. الأولى ذات قابلية عالية على التنويم الإيحائي، والثانية متوسطة القابلية، والثالثة منخفضة القابلية، وعدت الرابعة مجموعة ضابطة. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) أدت المعالجات التجريبية جميعها إلى خفض الألم إلى حد كبير لدى أفراد المجموعة الذين لديهم قابلية عالية على التنويم الإيحائي، مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

(2) لم تكن المعالجات التجريبية فعالة للمجموعتين ذات القابلية المتوسطة والمنخفضة على التنويم الإيحائي.

(3) إن القابلية العالية على التنويم الإيحائي اكثر فاعلية في خفض الألم (Farthing et al,1997 :433-446).

خامس وثلاثون – دراسة فان وسبن Van & Spin 1997:

استهدفت هذه الدراسة معرفة الفروق بين كل من طريقة الجمع بين التنويم الإيحائي والتعريض للموقف Exposure وطريقة تبصير الفرد بواقعه Exposure in Vivo لدى من يعانون من رهاب المجال.ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامج العلاج بالتبصير بالواقع، والتنويم الإيحائي، وبرنامج العلاج بالتعريض، ومقياس رهاب المجال . وبلغت

عينة الدراسة 64 مريضاً قسموا الى مجموعتين، المجموعة الأولى خضعت للتنويم الإيحائي والتعريض للموقف معاً، والثانية خضعت لبرنامج العلاج بتبصير الفرد بواقعه. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) تبين أن المرضى يفضلون الجمع بين التنويم وطريقة التعريض للموقف أكثر من طريقة التعريض لوحدها فقط.

(2) لم تظهر فروق ذات دلالة معنوية بين طريقتي العلاج في المقاييس السلوكية .(Van & Spin,1997 :172-186)

سادس وثلاثون – دراسة كارلين Karlin 1997:

استهدفت هذه الدراسة استخدام التنويم الإيحائي في علاج فقدان الذاكرة. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت عدد من المرضى المصابين بفقدان الذاكرة إثر حادث مروري. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى إمكانية الاستفادة من التنويم الإيحائي في:

(1) تخفيف حدة فقدان الذاكرة.

(2) جعل الذاكرة أكثر تقبلاً لمعلومات ما بعد الحادث.

(3) زيادة مقدار الثقة في استرجاع المعلومات وبدقة من أجل تجنب تشوه المعلومات .(karin,1997 :18-40)

سابع وثلاثون – دراسة كلمن وفرتس Kelemen & Vertes 1997:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر استخدام التنويم الإيحائي في علاج أمراض الفم. ولتحقيق هذا الهدف استخدم في هذه الدراسة العلاج بالتنويم الإيحائي لعينة من الأفراد الذين يعانون من أمراض الفم، وتوصلت الدراسة إلى أنه من الممكن بوصفه طريقة تكميلية وعلاجية في التطبيق لعلاج أمراض الفم والأمراض العضوية المنشأ المتعلقة بأمراض الفم (Kelemen & Vertes,1997 :107-110).

ثامن وثلاثون – دراسة كوهن ووابن 1997 Kohen & Wynne:

استهدفت هذه الدراسة علاج الربو بالتنويم الإيحائي. ولتحقيق هذا الهدف اعتمدت الدراسة برنامج علاج بالتنويم الإيحائي يتكون من 7 جلسات لمجموعة من الأطفال بأعمار 2-5 سنوات ينتمون إلى 25 عائلة. وبعد معالجة البيانات إحصائيا توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) انخفضت زيارات الأطباء بدلالة معنوية عند مستوى 0.0013.

(2) أظهر الوالدان نسبة متزايدة من الثقة بنجاح هذا البرنامج.

(3) انخفاض درجة خطورة الأعراض المرضية، وبشكل دال بعد المشاركة في البرنامج عند مستوى دلالة 0.001 (Kohen & Wynne,1997 :169-181)

تاسع وثلاثون – دراستا جونسون 1997 Johnson:

استهدفت **الدراسة الأولى** معرفة أثر التنويم الإيحائي في تخفيف الوزن لدى المدخنات وغير المدخنات. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامج علاج بالتنويم الإيحائي، ومقياس البدانة. وبلغت عينة هذه الدراسة 100 امرأة قسمت إلى مجموعتين 50 امرأة من المدخنات و 50 امرأة من غير المدخنات من اللاتي يعانين من زيادة في الوزن وفقا لمقياس البدانة. وبعد معالجة البيانات إحصائيا توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) حققت المدخنات وغير المدخنات جميعهن انخفاضا دالا معنويا في الوزن.

(2) لم تظهر فروق ذات دلالة معنوية في انخفاض الوزن بين المدخنات وغير المدخنات.

أما الدراسة الثانية فقد استهدفت المقارنة في تخفيف الوزن بين طريقتي التنويم الإيحائي والتنفير. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامج التنويم الإيحائي وأسلوب التنفير ومقياس البدانة. وبلغت عينة الدراسة 100 امرأة قسمت إلى مجموعتين 50 امرأة عولجن بالتنويم الإيحائي، و50 امرأة عولجن بأسلوب التنفير. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى أن كلا الأسلوبين حقق انخفاضاً ذا دلالة معنوية في البدانة (Johnson,1997 :931-933).

أربعون –دراسة ألكينس وهاموند Elkins & Hammond 1998:

استهدفت هذه الدراسة تقصي مناهج تعليم التنويم الإيحائي والأشخاص المتخصصين بممارسة هذا النوع من العلاج. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة تحليل المحتوى لمجموعة من الدراسات والأدبيات السابقة المتعلقة بالتنويم الإيحائي. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) وجدت زيادة في الاهتمام بالتنويم الإيحائي السريري بين المشتغلين بممارسة المهن الصحية خلال الأربعين سنة الأخيرة.

(2) كانت المناهج في السابق متغيرة وليست ثابتة، الأمر الذي يحتم ضرورة وضع مناهج ثابتة ومحددة خاصة بالتنويم الإيحائي السريري (Elkins & Hammond,1998 :55-64).

حادي وأربعون – دراسة أورباش وآخرين Ohrbach et al 1998:

استهدفت هذه الدراسة معالجة آلام الحروق باستخدام التنويم الإيحائي في حالة عدم كفاءة مادة Opioids. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة مادة Opioids، والتنويم الإيحائي لرجل عمره 55 عاماً مصاب بحروق شديدة جداً، ويعاني من انخفاض ملحوظ في سرعة التنفس بسبب الجرعة القليلة من هذه المادة، وألم غير مسيطر عليه. وتوصلت الدراسة إلى:

(1) سيطرة ممتازة على الألم.

(2) الاستغناء عن الحاجة لطرائق علاجية إضافية.

(3) تقصير مدة العناية.

(4) استجابة إيجابية لمدة تتجاوز 14 يوماً.

(5) يمكن أن يكون التنويم الإيحائي هو البديل المناسب والمفيد عندما تثبت عدم كفاءة مادة Opioids حتى داخل غرفة العناية المركزة، وفضلاً عن أنه يساعد على التقليل من الآثار الجانبية لهذه المادة (Ohrbach et al.1998 :167-175).

ثاني وأربعون – دراسة باربر Barber 1998:

استهدفت هذه الدراسة تقصي الآثار السلبية للتنويم الإيحائي، من أجل تفادي حدوث المضاعفات السلبية. ولتحقيق هذا الهدف قام الباحث بتحليل الأدبيات الخاصة بالتنويم الإيحائي. وتوصلت الدراسة إلى أن حدوث مضاعفات كفقدان الذاكرة، والشلل، وتشويه الذاكرة نتيجة لقلة الخبرة والمعلومات والآفاق الضيقة وغير المناسبة المتمركزة حول عملية التنويم بحد ذاتها، تؤدي إلى الخروج عن الممارسات العلاجية السليمة مما يعني أنه يجب أن يقوم بعملية التنويم شخص مدرب ومؤهل علمياً (Barber,1998 :28-43).

ثالث وأربعون – دراسة دي باسكاليز وآخرين De-Pasculis et al 1998:

استهدفت هذه الدراسة البحث في الروابط الفسلجية والمعرفية للتنويم الإيحائي. ولتحقيق هذا الهدف قام فريق من الباحثين في قسم علم النفس بجامعة روما باستخدام جهاز المخطاط الكهربائي للدماغ EEG، وجهاز قياس معدل نبضات. وبرنامج التنويم الإيحائي، والاسترخاء لعينة من ذوي القابلية العالية والواطئة على التنويم. قسمت إلى مجموعة تجريبية خضعت للتنويم الإيحائي وسجلت القراءات الفسلجية عند بداية التنويم وبعد الدخول في التنويم لمدة قصيرة وفي نهاية عملية التنويم، ومجموعة ضابطة خضعت لبرنامج الاسترخاء فقط. وبعد معالجة البيانات إحصائيا توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) تفوق ذوو القابلية التنويمية العالية على ذوي القابلية التنويمية الواطئة في معدل ذبذبات المخطاط EEG، عند المواضع الجبهوية، وفي كلا الجانبين الأيمن واليسر، وعند الموضع الخلفي الأيمن.

(2) سجل المفحوصون من ذوي القابلية التنويمية العالية معدلات أقل من ذوي القابلية الواطئة في موجات ألفا Alfa.

(3) وجد أن القابلية التنويمية –وليست القابلية الإيحائية– تعمل على تهدئة الحالة الانفعالية، إذ سجل ذوو القابلية التنويمية العالية معدلات أعلى من ذوي القابلية الواطئة.

(4) أظهر ذوو القابلية العالية أثناء حالات الفرح نشاطاً متزايداً في موجـات الدمـاغ في المناطق الجبهوية والمركزية داخل القشرة الدماغية.

(5) لم توجد أية تفاعلات ذات دلالة معنوية بين القابلية التنويمية والقابلية الإيحائيـة في حالة التغيرات الفسلجية المتوافرة في ضمن حدود هذه الدراسة، وذلك يوضح أن كـلاً من القابلية التنويمية والقابلية الإيحائية تعكسان نشاطات فسـلجية نفسـية مختلفـة (De-Pasculis et al,1998 :255-275).

رابع وأربعون- دراسة فايمونفل وآخرين Faymonville et al 1998:

استهدفت هذه الدراسة معرفة الفوائد العلاجية للتنويم الإيحائي. ولتحقيق هذا الـهدف استخدمت الدراسة تحليل المحتوى لأدبيات التنويم الإيحائي وتطبيقاتـه العلاجيـة. لعينـة بلغت 1400 مريضاً يخضعون لتداخل جراحي لمختلف الحالات المرضية. وبعد معالجـة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) إنه يستخدم بوصفه علاجاً مساعداً في التخدير قبل إجراء العمليات الجراحية منـذ عام 1992.

(2) يساعد المريض على سهولة التوافق مع العمليات الجراحية.

(3) يقلل من الألم والقلق.

(4) يقلل من الآثار الجانبية للعقاقير النفسية.

(5) يعجل شفاء المريض (Faymonvile et al,1998 :414-418).

خامس وأربعون- دراسة شريبر وشريبر Schreiber & Schreiber 1998:

استهدفت الدراسة معرفة اثر كل من التنويم الإيحائي والاسترخاء في إحراز درجـات عالية في الامتحانات لدى طلبة الجامعة. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسـة التنويـم الإيحائي، والاسترخاء بطريقة جاكوبسن، وسجلات الدرجات الامتحانية، لمدة 15 أسبوعاً. لعينة مكونة من 52 طالباً جامعياً قسموا الى مجموعتين، المجموعة الاولى مكونة مـن 30

طالباً خضعوا للتنويم الإيحائي، و22 طالباً خضعوا للاسترخاء العضلي، وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى أن المجموعة التي خضع للتنويم الإيحائي أحرزت درجات أعلى في الامتحانات وبدلالة معنوية مقارنة بالمجموعة التي خضعت للاسترخاء العضلي على الرغم من تقاربهما (Schreiber & Schreiber,1998 :85-86).

سادس وأربعون– دراسة هريزو Hrezo 1998:

استهدفت هذه الدراسة معرفة تاريخ التنويم الإيحائي وأساسه النظري وتطبيقاته العلاجية. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة تحليل المحتوى لمجموعة من البحوث والدراسات السابقة على التنويم الإيحائي. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) هو وسيلة علاجية قديمة لعلاج مختلف حالات الألم.

(2) إنه مقبول طبياً من أكثر من 50 سنة.

(3) إنه طريقة علاجية معترف بها قانونياً.

(4) البحوث فيه مستمرة لتطوير تقنياته وإسهاماته(Hrezo,1998 :217-226) .

سابع وأربعون– دراسة والنج وآخرين Walling et al 1998:

استهدفت هذه الدراسة معرفة الوضع الحالي للتدريب على التنويم الإيحائي في ضمن منهج التعليم العالي. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة تحليل محتوى الخلاصات الخاصة بالتنويم الإيحائي بلغت 218 خلاصة لبرامج التدريب على التنويم الإيحائي التي تديرها جمعية علم النفس الأمريكية. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) أكدت 26% من هذه الخلاصات ضرورة إدخال مادة التنويم الإيحائي في ضمن مقررات الدراسات العليا.

(2) يجب أن يكون معدل الوحدة الدراسية 3 ساعات.

(3) ظهور صعوبات مثل توفير مناهج كافية أو أقسام أو أماكن خاصة بالتدريب على التنويم الإيحائي (Walling et al,1998 :150-158).

ثامن وأربعون – دراسة ستانتون Stanton 1999:

استهدفت هذه الدراسة استخدام الاسترخاء بالتنويم الإيحائي في معالجة الأرق. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة تخيل مشهد داخل الحديقة. لعينة مكونة من 48 مفحوصاً يعانون من الأرق في بداية النوم وفي أثنائه وصعوبة النوم في أوقات منتظمة. وبعد معالجة البيانات توصلت الدراسة إلى نجاح التنويم بوصفه وسيلة ناجعة في علاج الأرق (Stanton,1999 :64-67).

تاسع وأربعون-دراسة ستيفن وزيمباردو Stephen & Zimbardo 1999:

استهدفت هذه الدراسة معرفة تأثير الإيحاء التنويمي في النسيان. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامجاً للعلاج التنويمي، و7 قوائم تحتوي كل منها على مجموعة من الكلمات، وجهاز يستعمله المفحوص من خلال الضغط على زر معين عندما يتذكر الكلمة بشكل صحيح. وبلغت عينة الدراسة 47 مريضاً، مقسمين إلى 23 من الذكور و24 من الإناث، تتراوح أعمارهم بين 17–22 سنة. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) نجاح طريقة النسيان باستخدام التنويم الإيحائي.

(2) من غير الممكن استخدام الاستجابة السلوكية في تفسير النسيان بواسطة التنويم الإيحائي (Stephen & Zimbardo,1999 :122-128).

خمسون – دراسة ماكويت وآخرين Maquet et al 1999:

استهدفت هذه الدراسة وصف توزيع الدم في قشرة الدماغ في أثناء حالة التنويم الإيحائي لدى الإنسان. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة مرسام مراقبة الانفعالات

النفسية، وخريطة الإحصاءات اللامعلمية، ومرسام إرسال الإشارات، والتنويم الإيحائي. لعينة مكونة من 9 أفراد أسوياء. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) ارتباط حالة التنويم الإيحائي بزيادة النشاط في الجانب الأيسر من الدماغ بشكل خاص.

(2) ظهر النشاط في المنطقة القفوية، والجدارية، وما قبل المركزية، وما قبل الحركية، وما قبل الجبهة، في الجهة اليسرى من القشرة الدماغية، وفي عدد قليل من مناطق الجانب الأيمن وهي المنطقة القفوية، والأمامية (Maquet et al,1999 :327-333).

الاستنتاجات:

ويستنتج من دراسات التنويم الإيحائي ما يأتي:

أ- لا توجد دراسات عربية في التنويم الإيحائي.

ب- شغل التنويم الإيحائي حيزاً كبيراً في الدول الأجنبية من خلال استخداماته في مجالات عديدة من مجالات الحياة.

ج- يمكن استخدامه بوصفه بديلاً للعقاقير في بعض المجالات كالتخدير وتخفيف الألم ولاسيما لمن لا يمكن استخدام العقاقير معهم.

د- يمكن استخدام التنويم الإيحائي على شكل برامج تتكون من جلسات عدة، أو جلسة واحدة عميقة قد تفي بالغرض أحياناً عند الضرورة.

هـ- يمكن أن يجرى بشكل فردي أو جماعي أو ذاتي (يقوم الشخص بأدائه بنفسه).

و- التنويم الإيحائي بوصفه علاجاً -كما ظهر من الدراسات السابقة- أكثر فعالية من طرائق العلاج النفسي الأخرى في علاج الاضطرابات النفسية، لاسيما الاضطرابات التحولية.

ز- يتميز التنويم الإيحائي عن العلاج بالعقاقير الطبية بأنه يخلو من الآثار الجانبية السلبية، إذا استخدم بشكل علمي دقيق.

4 دراسات تناولت علاقة الاضطرابات التحولية بالتنويم الإيحائي:

أولاً- دراسة سميث ووماك Smith & womack 1987:

استهدفت هذه الدراسة تطبيق عدد من الوسائل العلاجية لعدد من الاضطرابات التحولية. ولتحقيق هذا الهدف استخدم المعالج النفسي التقويم النفسي والطبي والاجتماعي لمجموعة من الأطفال والمراهقين تعرضوا لضغوط نفسية أدت إلى تغيرات فسلجية منها الشد العصبي، و/أو سوء أداء بعض الوظائف الواقعة تحت سيطرة الجهاز العصبي الذاتي، وصداع متكرر، وألام الصدر، وآلام البطن، والإغماء والدوار. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى إمكانية تطبيق التنويم الإيحائي، والاسترخاء العضلي، والتأمل والتغذية المرتدة بوصفها أساليب مناسبة للاضطرابات التحولية (Smith & Womack,1987 :581-585).

ثانياً- دراسة دي باسكاليز وآخرين De-Passcalis et al 1989:

استهدفت هذه الدراسة معرفة العلاقة بين القابلية العالية و القابلية الواطئة على التنويم الإيحائي، والقدرة على تذكر الخبرات الحياتية السلبية والإيجابية. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة مقياس جامعة هارفاد لقابلية التنويم الإيحائي، وقائمة القلق، وقائمة مودسلي Maudsley للشخصية، ومقياس تليجن Telegen للاستغراق في التفكير، وجهاز مخطاط الدماغ، فضلاً عن التقارير الذاتية. وبلغت عينة هذه الدراسة 29 امرأة مقسمة إلى مجموعتين الأولى 16 امرأة من ذوات القابلية العالية على التنويم الإيحائي، والثانية 13 امرأة من ذوات القابلية الواطئة على التنويم الإيحائي. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) أظهرت ذوات القابلية العالية على التنويم الإيحائي كثافة عالية على مخطاط الدماغ بلغت 40 هرتز مقارنة بذوات القابلية الواطئة على التنويم الإيحائي.

(2) أظهرت ذوات القابلية العالية على التنويم الإيحائي كثافة عالية في موجات الدماغ في أثناء عملية التنويم عند تذكر المواقف الانفعالية، مقارنة بذوات القابلية الواطئة على التنويم الإيحائي.

(3) زيادة في الكثافة لدى ذوات القابلية العالية في النصف الأيمن وانخفاضها في النصف الأيسر أثناء تذكر المواقف السلبية.

(4) ظهرت الكثافة في هذه الموجات في حالة اليقظة، وفي حالة التنويم الإيحائي، لكنها كانت أكثر وضوحاً في التنويم.

(5) وجود علاقة دالة معنوياً بين القابلية العالية على التنويم الإيحائي على مقياس تليجن، والقدرة على الاستغراق في التفكير.

(6) وجد أن ذوات القابلية العالية على التنويم الإيحائي قادرات على الوصول إلى الإثارة الانفعالية بسرعة أكبر من ذوات القابلية الواطئة.

(7) ظهر تخصص أكبر في نصف كرة الدماغ في شرطي اليقظة والتنويم (De-Pascalis,1989 :85-96).

ثالثاً– دراسة سبينهوفين ولينسن Spinhoven & Linssen 1989:

استهدفت هذه الدراسة استخدام التنويم الإيحائي في برنامج علاجي جمعي لمعالجة الظهار (آلام أسفل الظهر). ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة التنويم الإيحائي الذاتي، والمفكرة اليومية لمقياس شدة ومدة الألم، وقائمة الأعراض المرضية. وبلغت عينة الدراسة 45 مريضاً يعانون من الظهار. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) ظهور تغيرات دالة معنوياً على المقاييس كافة ماعدا مقياس الألم.

(2) كلما كان برنامج العلاج طويل الأمد، وقليل الكلفة كلما كان أكثر نجاحاً في العلاج (Spinhoven & Linssen,1989 :145-153).

رابعاً – دراسة ستانتون Stanton 1989:

استهدفت هذه الدراسة مقارنة أسلوب الاسترخاء بالتنويم الإيحائي، والعقار الغفل Placebo، والسيطرة على المثيرات في علاج الأرق. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامجاً علاجياً يتكون من 4 جلسات أسبوعية مدة كل جلسة 30 دقيقة، والعقار الغفل، وأسلوب السيطرة على المثيرات لعينة مكونة من 45 مفحوصاً يعانون من الأرق، وزعوا عشوائياً بين 3 مجموعات الأولى خضعت لبرنامج الاسترخاء بالتنويم الإيحائي، والثانية خضعت لأسلوب السيطرة على المثيرات، والثالثة تناولت العقار الغفل. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) أظهرت البيانات إن الاسترخاء بالتنويم الإيحائي كان فعالاً في مساعدة المفحوصين على النوم بسرعة أكبر.

(2) لم تسجل مجموعة السيطرة على المثيرات، ومجموعة العقار الغفل أي تحسن (Stanton.1989 :64-68).

خامساً – دراسة سميث وآخرين Smith et al 1989:

استهدفت هذه الدراسة معرفة العلاقة بين العوامل الداخلية لدى المريض والنتيجة العلاجية. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة مقياس القابلية على التنويم الإيحائي، والتنويم الإيحائي لعينة مكونة من 100 طفل ومراهق يعانون من صداع متكرر. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى عدم وجود ارتباط بين العمر، والجنس، ونوع الصداع، والقابلية على التنويم الإيحائي، والنتيجة العلاجية (Smith et al.1989 :237-241).

سادساً – دراسة غولد وكراينك Gould & Krynick 1989:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أي من الأعراض أكثر استجابة، والأعراض المرضية الأقل استجابة للعلاج بالتنويم الإيحائي، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة مقياس القلق، ومقياس الضغوط النفسية، ومقياس الاكتئاب، والتنويم الإيحائي لعينة مكونة من 20

مريضاً يعانون من القلق والضغوط والاكتئاب. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) كشفت التحليلات الإحصائية عن أعراض مرضية أقل بعد العلاج بالتنويم الإيحائي، وبدلالة معنوية.

(2) انخفضت الأعراض المرضية لدى مرضى القلق بنسبة مئوية كبيرة.

(3) وجد أقل انخفاضاً في الأعراض المرضية لدى المكتئبين (Gould & Krynick,1989 :110-117).

سابعاً- دراسة غولان Golan 1989:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر العلاج التنويمي في اضطراب مفاصل الفك الصدغي. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة العلاج بالعقاقير، والعلاج بالتنويم الإيحائي لمريضة تبلغ 17 عاماً تعاني من اضطراب مفاصل الفك الصدغي، فكان قد عالجها عدة أطباء بالعقاقير لمدة 8.5 من دون فائدة. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) نجح العلاج التنويمي في شفاء الحالة لمدة 6 أشهر.

(2) تعرضت المريضة لضغوط شخصية ودراسية أدت إلى ظهور اضطراب صريف الأسنان (Golan,1989 :269-174).

ثامناً- دراسة فان أويك وهوغدن Van-oyck & Hoogduin 1989:

استهدفت هذه الدراسة معرفة العلاقة بين التنويم الإيحائي والاضطرابات التحولية. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة تحليل المحتوى لمجموعة من الأدبيات السابقة التي تناولت العلاج بالتنويم الإيحائي، والأساليب العلاجية النفسية الأخرى للاضطرابات التحولية. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) نجاح التنويم الإيحائي في إزالة أعراض الاضطرابات التحولية.

(2) لا توجد علاقة بين نجاح العلاج التنويمي للاضطرابات التحولية والقابلية التنويمية لدى المضطرب (Van-oyck & Hoogduin,1989 :480-493).

تاسعاً- دراسة موس وماجارو Moss & Magaro 1989:

استهدفت هذه الدراسة معرفة العلاقة بين نمط الشخصية وسرعة التأثر بالتنويم الإيحائي. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة قائمة الشخصية المتعددة الأوجه، ومقياس جامعة هارفارد لقابلية التنويم الإيحائي، وقائمة التنويم الإيحائي الذاتي. لمجموعة من الأسوياء وزعوا بين 5 أنماط من الشخصية هي الهستيرية، والهوسية، والاكتئابية، والسايكوباثية، والقسرية. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) وجد أن الشخصية الهستيرية أكثر قابلية على التنويم الإيحائي وبدلالة معنوية من أنماط الشخصية الأخرى.

(2) الشخصية القسرية يكو لها قابلية أكثر من الانماط الاربعه المتبقيه للشخصية (Moss & Magaro,1989 :532-538).

عاشراً- دراسة هارفي وآخرين Harvey et al 1989:

استهدفت هذه الدراسة علاج تناذر الأمعاء التهيجي باستخدام التنويم الإيحائي. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامج علاج تنويمي لمدة 4 أسابيع بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً، مدة كل جلسة (40 دقيقة. وبلغت عينة الدراسة 33 مريضاً يعانون من تناذر الأمعاء التهيجي المقاوم للعلاج. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) أحرز 20 مريضاً شفاءً تاماً من الأعراض المرضية.

(2) أظهر 11 مريضاً تحسناً في معظم أعراضهم المرضية.

(3) أظهرت الدراسة التتبعية للمرضى الذين تم شفاءهم بعد 6 أشهر عدم حاجتهم إلى تناول أي عقاقير طبية (Harvey et al,1989 :424-425).

حادي عشر- دراسة جونسون وكاركوت Johnson & Karkut 1996:

استهدفت هذه الدراسة استخدام التنويم الإيحائي في علاج العجز الجنسي لمجموعة من المرضى يعانون من العجز الجنسي. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي لمجموعة من المرضى الذين يعانون من العجز الجنسي.

وتوصلت الدراسة إلى أن برنامج التنويم الإيحائي أدى إلى تقدم كبير في زيـــادة الفعاليـــة الجنسية للمرضى مقارنة بما كانوا عليه قبل العــــلاج (Johnson & Karkut,1996 :659-668).

ثاني عشر – دراسة فون Von 1996:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر استخدام التنويم الإيحائي في الكشف عن الأســـباب الحقيقية للاضطرابات التحولية والتفككية. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة تحليـــل المحتوى لأدبيات التنويم الإيحائي والاضطرابات التحولية والتفككية منـــذ بدأ شيناركو بدراسة التنويم وحتى زمن إعداد هذه الدراسة. وتوصلت الدراسة إلـــى أن الاضطرابـــات التحولية تعود إلى عوامل نفسية أكثر من كونها تعود إلى أســـباب عضويـــة (Von,1996 :3633-3635).

ثالث عشر – دراسة كولبرت وآخرين Culbert et al 1996:

استهدفت هذه الدراسة معرفة استخدام التنويم الإيحـــائي فـــي عـــلاج الاضطرابـــات التحولية لدى الأطفال. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنـــامج العـــلاج بـــالتنويم الإيحائي لخمسة أطفال. يعانون من الغصة، وإباء الطعـــام، وهلـــع الطعـــام، وتوصلـــت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) تسليط الضوء على طرائق الضبط الذاتي ولاسيما التنويم الإيحائي.

(2) إن هذه أول محاولة في طب الأطفال لوصف استخدام الوسائل التنويمية لعـــلاج الأطفال الذين يعانون من مشاكل التغذية السيئة.

(3) ظهر أن لهذه الطريقة فائدة كبيرة في العلاج (Culbert et al,1996 :335-341).

رابع عشر – دراسة كوهن Kohen 1996:

استهدفت هذه الدراسة استخدام التنويم الإيحائي في علاج العرات Tics. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة الملاحظة الذاتية، والتنويم الإيحائي لعينة مكونة من 5 حالات ممن يعانون من العرات (نتف الشعر). وتوصلت الدراسة إلى تأكيد فعالية التنويم الإيحائي العالية في علاج هذا النوع من الاضطرابات (Kohen,1996: 328-334).

خامس عشر – دراسة آيدن وآخرون Iydin et al 1997:

استهدفت هذه الدراسة المقارنة بين التنويم الإيحائي، والوخز بالإبر الصينية، والعقاقير. لعلاج الاضطرابات الجنسية لدى الذكور. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة التنويم الإيحائي، والوخز بالإبر الصينية، والعقاقير، وسجلات مقابلات المرضى مع شركائهم. وبلغت عينة الدراسة 60 رجلاً مصابين بالاضطرابات الجنسية، موزعين على 3 مجموعات، الأولى 15 رجلاً متوسط أعمارهم 38 سنة عولجوا بالوخز بالإبر الصينية، والثانية 16 رجلاً متوسط أعمارهم 35 سنة عولجوا بالتنويم الإيحائي، والثالثة 19 رجلاً متوسط أعمارهم 36 سنة عولجوا بالعقاقير. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) طرأ تحسن مقداره 43%-47% في الوظيفة الجنسية لدى المجموعة التي تناولت العقاقير.

(2) طرأ تحسن مقداره 60% في الوظيفة الجنسية لدى المجموعة التي عولجت بالوخز بالإبر.

(3) طرأ تحسن في الوظيفة الجنسية مقداره 75% لدى المجموعة التي عولجت بالتنويم الإيحائي.

(4) اتضح أن التنويم الإيحائي هو الأسلوب الأمثل الذي يتفوق على العقاقير في علاج هذه الاضطرابات، بيد أن الجمع بين هذه الطرائق الثلاث قد يكون أكثر كفاءة (Iydin et al,1997 :271-274).

سادس عشر دراسة بوشسر Buchser 1999:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر التنويم الإيحائي، والتنويم الإيحائي الذاتي، والعقاقير، في معالجة الآلام المزمنة. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة التنويم الإيحائي والتنويم الإيحائي الذاتي، والعقاقير لمجموعة من المراجعين للعيادة الخارجية في القسم الخاص بمعالجة المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) أن هذا النوع من العلاج يستخدم لأول مرة في هذه المستشفى.

(2) لم يكن بالإمكان قياس أثر التنويم في الألم على الرغم من وجود تحسن وفقاً للتقدير الذاتي للمريض.

(3) يجب توفير بيئة مناسبة لهذا النوع من العلاج وإيجاد الوسائل التي يمكن أن تساعد في قياس تأثيراته في الألم (Buchser,1999 :41-43).

سابع عشر دراسة جيسن Gysin 1999:

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر التنويم الإيحائي في علاج الصداع المزمن غير المحدد لدى الأطفال والمراهقين. ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة برنامج تنويم إيحائي ذاتي على شكل جلسات علاجية عددها 5 جلسات. مدة الجلسة الواحدة 30 دقيقة، بواقع جلسة واحدة أسبوعياً. تتبعها جلسات علاجية سلوكية لمدة 30 دقيقة أيضاً لمجموعة من الأطفال، والمراهقين يعانون من الصداع المزمن المقاوم للعقاقير. وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) كلا النمطين من المعالجة كان فعالاً على الرغم من صغر حجم العينة.

(2) تفوق العلاج بالتنويم الإيحائي الذاتي في تخلص المرضى من الصداع ومنحهم القدرة على السيطرة على نوباته (Gysin,1999 :44-46).

5 مناقشة عامة للدراسات السابقة:

قام الباحث بالتنقل بين أربعة أقطار عربية وراسل عدداً من الباحثين والمختصين، فضلاً عن استخدامه لشبكة الإنترنت، والأقراص الليزرية من أجل معرفة الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع بحثه، إذ حصل على أكثر من 2000 دراسة علمية أجنبية باستثناء دراستين عربيتين، ولكون الباحث محدد بحجم معين للأطروحة وبسقف زمني لإنجازها، فضلاً عما تتطلبه هذه الدراسات من وقت طويل لترجمتها فقد أورد منها 88 دراسة علمية تناولت 21 دراسة منها الاضطرابات التحولية، في حين تناولت 50 دراسة منها التنويم الإيحائي، أما الـ 17 دراسة الأخيرة منها فقد تناولت علاقة الاضطرابات التحولية بالتنويم الإيحائي.

وفي ضوء ما تقدم من استعراض ومراجعة لهذه الدراسات وتحليلها، يمكن مناقشتها من حيث الهدف، والأداة، والعينة، والوسائل الإحصائية، والنتائج، وعلى النحو الآتي :

أ- الهدف :

تعددت وتنوعت أهداف الدراسات السابقة التي ذكرت آنفاً، ويمكن حصر هذا التعدد والتنوع في واحد أو أكثر من الأهداف الآتية :

أولاً - الاضطرابات التحولية :

(1) التاريخ، والانتشار، والأسباب، والأنواع، والدرجة والشدة، والاضطرابات التحولية عند الأطفال.

(2) علاقتها بكل من الإيحاء، والانتهاك الجنسي، والآلام النفسية، والتحكم بوظائف المثانة والأمعاء، والاكتئاب، والذهان، والأعراض الجسمية، والاضطرابات النرجسية،

والسلوك المرضي، والأداء الأكاديمي، والإكس ثيميا، وأحداث الحياة الضاغطة، وسمات الشخصية، وخبرات طفولة.

(3) علاجها بكل من الطرائق والأساليب الآتية: العلاج النفسي، والعلاج الجماعي، والعلاج الإسنادي، والعلاج الطبي بالعقاقير.

ثانياً – التنويم الإيحائي:

(1) معرفة كل من: القابلية على التنويم، والتدريب عليه، والأدبيات الخاصة به وبتطوره وبعدد من أسسه النظرية وتطبيقاته، والروابط الفسلجية والمعرفية، والقابلية التخيلية والخبرات الانفعالية، والآثار السلبية المحتملة للتنويم، والتدريب عليه في مناهج التعليم العالي، والاستثارة الحسحركية لقشرة الدماغ، والجهد المعرفي للاستجابة أثناء التنويم.

(2) علاقته بكل من: القدرات فوق الحسية (الباراسايكولوجية)، والإبداع، ونصفي الدماغ، والاستجابة المناعية، والتذكر.

(3) مقارنته بكل من الطرائق العلاجية: العلاج بالعقاقير، واستخدام المورفين، والعلاج الغفل (البلاسيبو)، والعلاج السلوكي المعرفي، والتدريب الذاتي، والتغذية المرتدة، والاسترخاء، والعلاج الجمعي، والتبصير بالواقع، والتعريض للموقف، والعلاج السلوكي.

(4) استخدامه علاجاً لكل من: فقدان الذاكرة، واضطرابات الأطفال، والربو، والعوق الجسمي الناتج من تصلب الأنسجة، وأمراض الفم، وتصلب الجلد، وتدفق الدم وتوزيعه في قشرة الدماغ، والتقيؤ بعد العمليات الجراحية، والبدانة، وآلام السرطان، وآلام الحروق، ورهاب المجال، وألم انسداد الأوعية الدموية، والثؤلول، والصداع النصفي، والآلام المزمنة، والأرق.

(5) استخداماته في كل من: التخدير قبل الجراحة، والتخدير الموضعي، وقلع الأسنان، واستدعاء المعلومات، وتوسيع الأوعية الدموية، والسيطرة على مرض السرطان، وتخفيف الآلام وتسكينها، وكيفية التعامل مع المرض، وإحراز الدرجات العالية

في الامتحانات، وتسكين الآلام الناتجة عن فقر الدم الموضعي، والتعامل مع الألم والتحكم الفسلجي، وتحسين التحصيل الدراسي، وجراحة الشريان التاجي، والتخلص من الألم.

ثالثاً - علاقة الاضطرابات التحولية بالتنويم الإيحائي:

أما البحث الحالي فقد تحددت أهدافه وفرضياته -كما أشير إليها في الفصل الأول- في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة بـ:

(1) إعداد وبناء أدوات البحث.

(2) معرفة نسب توزيع نوع الاضطرابات التحولية لدى عينة البحث عامة وعلى وفق متغير الجنس.

(3) معرفة أثر برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي في الاضطرابات التحولية من خلال اختبار خمس فرضيات -كما ذكر آنفاً-.

ب - أداة البحث :

استخدمت الدراسات السابقة وسائل وأدوات مختلفة لتحقيق أهدافها، فمنها من استخدمت التقويم والمقابلة كدراسة بولان وآخرين، وسميث ووماك، ومنها من استخدمت الاستبيانات والسجلات كدراسة دي كروت وآخرين، ونيمجان كار، واستيجلز وآخرين، وباربر، ووالنج وآخرين، و فان ولوشت، وشخريبر، وجونسون وآخرين، ورروهل وزمانسكي، وفان، وفان أويك، وبنزر وإيزمان. ومنها من استخدمت اختبارات كدراسة ريدي وآخرين، وناجي، وأشتون وآخرين، ومنها من استخدمت مقاييس كدراسة الجبوري، وثايل وكوسلر وبنزر وآخرين، ومنجوا، وروزيلا وآخرين، وكيرلان وآخرين، وجيمس وبيل، ومورني وآخرين، وإدلسون وفيتز، ودي فينديتس، وجونسون، وفان وسبين، وكوهن، واسبنهوفن ولنسن، وغولد وكرين، وموس وماجورور، وسميث وآخرون، ودي باسكاليز، وبومان وماكاند، وسايبوليسكا، وبنزر وإيزمان. ومنها من استخدمت برامج كدراسة دي كروت وآخرين، وريجيل وآخرين، ومور وواشر، وسومرز وسومرز، وكوهن، ودينجز وآخرين، واسبيجيل ومور، وباترسون وباتريك، وسيكوفسكي، وشريبر

وشريبر، وأولنس، وإنكوفست وآخرين، وجونسون، وشخريبر، وفان وسبين، وكولبرت وآخرين، وهارفي وآخرين، وستانتون. ومنها من استخدمت أجهزة كجهاز قياس استجابة الجلد الجلفانية GSR ومخطاط الدماغ EEG، ومرسام مراقبة الانفعالات النفسية، ومرسام إرسال الإشارات، وجهاز فحص استجابة تذكر الكلمات، وفحوص مختبرية كدراسة روزيلا وآخرين، واسكوليز، ودي باسكاليز وآخرين، وروزينوفا، وآيدن، وستيفن وآخرين، وماكويت وآخرين. ومنها من استخدمت أساليب وبرامج علاجية أخرى لوحدها أومع التنويم كالاسترخاء والتبصير بالواقع والتعريض للموقف والوخز بالإبر الصينية والعلاج السلوكي المعرفي، وجيسن. ومنها من استخدمت العقاقير كدراسة بيبي، ومساير وآخرين، وآيدن، وغولان، وستانتون، وبشسر. ومنها من لم تشر إلى الأدوات المستخدمة كدراسة عكاشة، وويمبوارد وآخرين، وويزلي، وهورنلاند وهاستيد، وفونج وآخرين، وبرايزر وفننغ، وأيبل، وهيلجارد، ويربل، وكارلنج، وشووولبري، وكليمن، وفيرتز، وروزاتي، وجونسون.

أما البحث الحالي فقد تحددت أدواته في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة بـ:

أولاً- برنامج التنويم الإيحائي.
ثانياً- مقياس الاضطرابات التحولية.
ثالثاً- مقياس المعاناة.
رابعاً- مقياس تقدير التحسن.

جـ العينة:

أشارت بعض الدراسات إلى حجم العينة التي اعتمدت عليها، بينما لم يشر بعضها الآخر إلى حجم عينتها، واعتمدت بعض الدراسات على عينات أخذت من المجتمع ومن الأعمار كافة ومن كلا الجنسين، في حين اعتمدت أخرى على عينة من الطلبة أخذت من مراحل دراسية مختلفة، واعتمدت دراسات أخرى على عينات خاصة من المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات والمختبرات والأقسام العلمية في كليات الآداب والتربية

والطب والتمريض والمعاهد، أو أقسام علمية منفردة كأقسام علم النفس العام والتربوي والإرشاد التربوي وغيرها. وبعضها استخدمت أفراداً من الأسوياء في حين استخدم بعضها الآخر حيوانات ولاسيما التجريبية منها. كما اختلف عدد أفراد العينات في الدراسات السابقة اختلافاً واضحاً فقد تراوح عددهم من فرد واحد كما في دراسة شل وآخرين، وناجي إلى 533 كما في دراسة هيلجارد.

أما عينة البحث الحالي : فقد بلغت 15 مضطرباً يعانون من الاضطرابات التحولية منهم 4 من الذكور و11 من الإناث، اختيروا بطريقة غير مقصودة من مراجعي مستشفى ابن رشد وكلية التمريض ومركز شاهين والمركز الصحي في كلية الآداب.

د- الوسائل الإحصائية :

لم تشر أي من الدراسات السابقة إلى الوسائل الإحصائية المستخدمة باستثناء دراسة الجبوري التي استخدم فيها الاختبار التائي لعينتين مستقلتين ومعامل ارتباط بيرسون والنسبة المئوية.

أما البحث الحالي فقد استخدمت فيه الوسائل الإحصائية الآتية :

الاختبار التائي لعينتين مترابطتين، والاختبار التائي لعينتين مستقلتين، والوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والنسبة المئوية.

هـ- نتائج الدراسات :

تباينت نتائج الدراسات السابقة بتباين أهدافها وأسلوب بحثها، وحجم عيناتها، والفئة العمرية التي تناولتها تباينا قد يصل أحياناً إلى التناقض في تلك النتائج، وسيتم تناول بعض هذه النتائج عند مناقشة نتائج البحث الحالي في الفصل الخامس من هذه الأطروحة بمشيئة الله.

الفصل الرابع

منهجية البحث وإجراءاته

1- التصميم التجريبي للبحث.

2- مجتمع البحث.

3- عينة البحث.

4- أدوات البحث.

5- التطبيق النهائي.

6- الوسائل الإحصائية.

من أجل تحقيق أهداف البحث الحالي، كان لا بد للباحث من القيام بجملة من الإجراءات، تمثلت باختيار التصميم التجريبي المناسب، وتحديد مجتمع البحث، واختيار عينة ممثلة له، واستخدام مقياس سريري يتسم بالصدق والثبات والقدرة على التمييز لقياس الاضطرابات التحولية، وإعداد مقياسي المعاناة المرضية، وتقدير التحسن، وإعداد برنامج علاجي مناسب يتسم بالصدق والموضوعية، كذلك إعداد مجموعة من الاستمارات أولها استمارة الإحالة، وثانيها استمارة الاتفاق بين المعالج والمريض، وثالثها استمارة المعلومات الخاصة بالمريض ورابعها استمارة متابعة المريض بوصفها أدوات لتنفيذ هذا البحث، واستخدام الوسائل الإحصائية المناسبة لتحليل بياناته ومعالجتها بالشكل المطلوب، وفيما يأتي استعراض لهذه الإجراءات:

1ـ التصميم التجريبي للبحث:

بما أن تصميم التجربة هو بناؤها أو هيكلها العام وخطة الباحث لفحص الفرضية (مايرز 1990 :181) فقد اعتمد التصميم التجريبي المسمى بـ: تصميم المجموعة الواحدة ذات الاختبار القبلي والاختبار البعدي One group Pre -Post test Design (جابر و كاظم، 1973 :302–303) لأسباب عدة أهمها:

أ- طبيعة الاضطرابات التي يعاني منها المرضى والتي تتطلب الحسم بسرعة العلاج.

ب- صعوبة الطلب من المريض الذي يعاني، ويأتي طالباً للعلاج اللقاء به لمدة ست جلسات ومن دون تقديم أي علاج له.

ج- أن الباحث ليس من حقه إعطاء علاج دوائي للمريض، فضلاً عن قلة جدواه لوحده في علاج هذه الاضطرابات كما أشارت الدراسات السابقة إلى ذلك.

د- صعوبة استبعاد أثر الإيحاء في حالة قيام الطبيب بإعطاء المريض علاجاً دوائياً إذ ربما يكون متغيراً دخيلاً يؤثر في التجربة.

هـ- أنه ليس من أهداف البحث المقارنة بين العلاج التنويمي والعلاج الدوائي.

وانطلاقاً مما تقدم سيتم في هذا التصميم ما يأتي:

أ- أخذ عينة غير مقصودة من مجتمع المرضى المصابين بالاضطرابات التحولية.

ب- الاختبار القبلي للمتغير التابع (بمقياس الاضطرابات التحولية، والمعاناة المرضية، وتقدير التحسن) لمعرفة درجات كل فرد قبل إدخال المتغير المستقل.

ج- إجراء المعالجة باستخدام المتغير المستقل (برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي)* على النحو الذي حدده الباحث وضبطه بهدف إحداث تغييرات معينة في المتغير التابع يمكن ملاحظتها وقياسها.

د- إجراء الاختبار البعدي للمتغير التابع (مقياس الاضطرابات التحولية، والمعاناة المرضية، وتقدير التحسن) لمعرفة التغير الناتج في درجات الأفراد بتأثير المتغير المستقل.

هـ - مقارنة الفروق إحصائياً بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي لمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل (برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي) في المتغير التابع (الاضطرابات التحولية) باستخدام الاختبار التائي للفروق بين عينتين مترابطتين واختبار دلالتها المعنوية إحصائيا.

و- بعد تطبيق الاختبار القبلي يتلقى أفراد المجموعة العلاج النفسي على شكل جلسات علاجية تضمنها البرنامج العلاجي الذي بناه الباحث، ويتكون من ست جلسات لمدة ثلاثة أسابيع بواقع جلستين في الأسبوع وعلى النحو الآتي:

أولاً - تستغرق الجلسة العلاجية 45 دقيقة بشكل عام لكل جلسة بدءاً من الجلسة الأولى وحتى الجلسة السادسة.

ثانياً - تقسم الجلسة العلاجية إلى:

---

* المتغير المستقل هو البرنامج العلاجي الذي بناه الباحث، وسيعرضه بالتفصيل عند الحديث عن أدوات البحث.

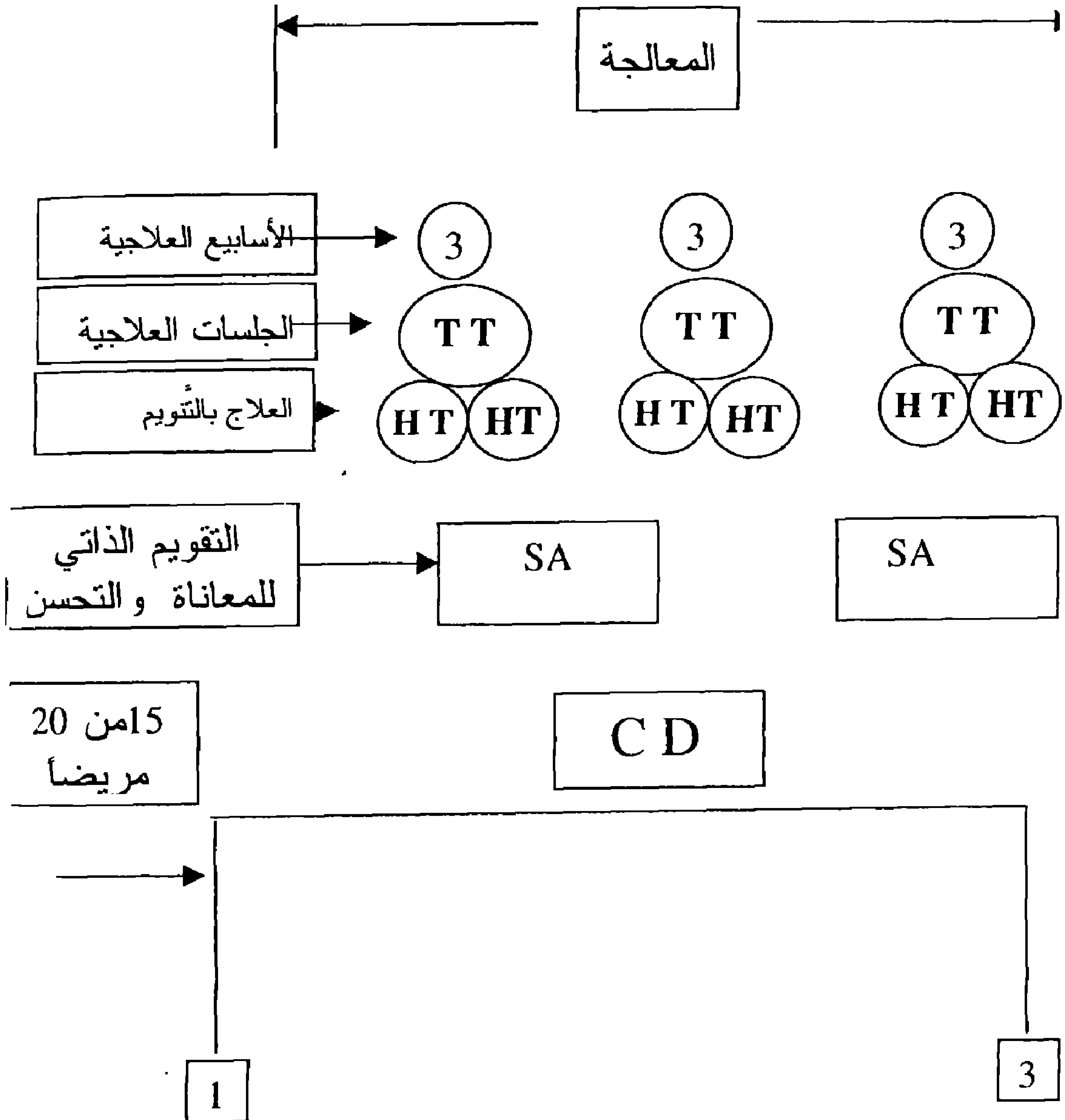
(1) 5 دقائق لمقابلة المريض وسؤاله عما طرأ عليه منذ الجلسة السابقة وتطبيق مقياس المعاناة.

(2) 10 دقائق للقيام بإجراءات تنويم المريض.

(3) 25 دقيقة للقيام بالخطوات الخاصة بالجلسة وفق ما يتطلبه المحتوى الخاص بكل جلسة.

(4) 5 دقائق لتقويم الجلسة، يصف فيها المريض ما كان يشعر به في أثناء الجلسة، وتطبيق مقياس تقدير التحسن.

والشكل (1) الآتي يوضح تصميم البحث.



شكل (1)

Research design **تصميم البحث**

T: treatment العلاج بالتّنويم الإيحائي ولمرتين أسبوعياً.

SA: Self- Assessment التقويم الذاتي للمعاناة و التحسن.

HT: Hypnotherapy العلاج بالتنويم الإيحائي

CD: Conversion disorders الاضطرابات التّحوّلية.

2 مجتمع البحث:

تحــدد مجتمع البحث بالأشخاص المصابين بالاضطرابات التحولية في بغداد من كـلا الجنسين، وبأعمار 19-45 سنة، للعام 98-1999 للأسباب الآتية:

أ- إن الباحث استخدم مقياس الاضطرابات التحولية وهو أحد المقاييس الســريرية لاختبار المستنصرية- منيسوتا المتعدد الأوجه M-MMPI المقنن على مجتمــع بغــداد لدقته وحداثته.

ب- إن اختبار M-MMPI هو اختبار تشخيصي صمم أصلاً لاستعماله في مجــال التشخيص النفسي السريري، وخير من يمثل هذا المجال هو مجتمع المرضى النفسيين.

ج- استعمل هذا المجتمع في انتقاء عينات المرضى الخاصـــة بتحليــل الفقــرات لتحقيق أهداف تقنين المقياس (الصالحي،1998:102).

د- لم تتيسر البيانات اللازمة عن أعداد هؤلاء المرضى في بغداد، أو تصنيـــف نوع الاضطرابات التي يعانون منها، ولا عدد المستشفيات التي يوجدون فيها بصـــورة دقيقة، لذلك اعتمد الباحث على ما توافر من مضطربي هذا المجتمع.

3 عينة البحث:

أ- وصف العينة:

اختيرت عينة من المصابين بالاضطرابات التحولية من مراجعي مستشفى ابن رشــد للطب النفسي، والعيادة النهارية في كلية التمريض في جامعة بغـــداد، ومركــز شــاهين الصحي، والمركز الصحي في كلية الآداب، بطريقة غير مقصودة لغرض إجراء البحـــث وفق ما تبرره الدراسات السابقة التي أجريت على عينات مشابهة لعينة البحث الحالي بمـــا يضمن إجراء المقارنة مع تلك الدراسات، وقد شملت عينة البحث 20 مضطرباً موزعيـــن

بواقع 6 من الذكور و14 من الإناث. ممن تراوحت أعمارهم بين 19-44 سنة، وقد بلغ الوسط الحسابي لأعمار العينة 28 والانحراف المعياري 9.55 والجدول (1) يوضح ذلك.

جدول (1)

أفراد عينة البحث موزعين على وفق متغير الجنس n=20

الجنس	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الذكور	6	28	9.55
الإناث	14		
المجموع الكلي	20		

ب- شروط اختيار العينة:

أولاً- أن يثبت من خلال فحص الطبيب الاختصاصي أن حالة المفحوص المرضية ليست نتيجة لمرض عضوي سبَّب ظهور هذه الحالة.

ثانياً- أن تشخَّص الاضطرابات التحولية لديه من خلال استخدام مقياس الاضطرابات التحولية المشار إليه في أدوات البحث.

ثالثاً- خلو المريض من الاضطرابات الجسمية التي يمكن أن تؤثر في سير العلاج.

رابعاً- أن لا يشكو المريض من الاضطرابات الذهانية لكي لا تتداخل مع المرض الحالي.

خامساً- أخذ موافقة المريض على المشاركة في البرنامج العلاجي المستخدم للعلاج.

ج- معايير تشخيص أفراد العينة:

أولاً- اعتمد على مقياس الاضطرابات التحولية، وهو المقياس الثالث من اختبار المستنصرية مينيسوتا المتعدد الأوجه M-MMPI والذي قنن على البيئة العراقية، واعتمد الـ (ICD-10) محكاً للصدق التلازمي له، فضلاً عن استخدامه محكاً لتشخيص عينة أفراد العينة من المرضى (الصالحي،1998 :114،123).

ثانياً- استخدمت معايير (I C D-10) لتشخيص أفراد العينة كونه تصنيفاً عالمياً معتمداً في كثير من الدول، فضلاً عن اعتماده من لدن منظمة الصحة العالمية في ضمن تصنيف الاضطرابات التفككية (التحولية) Dissociative (Conversion) Disorders في (الفئة F44) على النحو الآتي:

(عام-1) يجب أن لا يكون ثمة دليل على وجود اضطراب جسمي من الممكن أن يفسر خصائص أعراض هذا الاضطراب (على الرغم من أن هذه الاضطرابات الجسمية قد تظهر سابقة للأعراض الأخرى).

(عام-2) هناك مشاركة مقنعة في الوقت نفسه بين بداية أعراض الاضطراب والأحداث الضاغطة، والمشكلات، أو الحاجات (WHO,1993 :102).

د- إخراج المريض من العينة:

يستبعد المريض من عينة البحث إذا تحقق واحد مما يأتي:

أولاً- عدم رغبته في المشاركة في البرنامج العلاجي.

ثانياً - عدم رغبته في الاستمرار في البرنامج العلاجي.

ثالثاً - انقطاعه عن حضور الجلسات العلاجية.

رابعاً - ظهور أعراض لأمراض أخرى يمكن أن تحول دون تكملة العلاج.

هـ- حالات التساقط من العينة:

كما هو شائع في البحوث التجريبية يحدث في بعض الحالات انسحاب عدد من أفراد العينة، والتي قد ترجع إلى أسباب تتعلق بالمريض نفسه، وفي البحث الحالي ثمة عدد من المفحوصين استبعدوا، ولم يكملوا الجلسات العلاجية الست وعددهم 5 أفراد 2 من الذكور و3 من الإناث، بسبب انقطاعهم عن حضور الجلسات العلاجية.

وقد تكون أسباب تساقط الأفراد من العينة هي:

أولاً- تخوف المريض من ظهور مكنونات اللاشعور التي قد تسبب له قلقاً وحصراً فيبتعد حتى لا يظهر.

ثانياً- قد يكون المراجع شفي من أول جلسة وذلك باستبصاره بأسباب مرضه نتيجة للمعلومات والتفاعل مع المعالج في الجلسة الأولى.

ثالثاً- شعور المراجع بأن أعراضه لن تتحسن مما جعله ييأس من جدوى العلاج.

رابعاً- احتمالية شعور المراجع بالخوف من استخدام المعلومات المتحصلة ضده.

خامساً- استثمار المضطرب تحولياً أعراضه المرضية التي قد يؤدي العلاج الى حرمانه من العطف الذي توفره هذه الأعراض.

و- الجانب الأخلاقي في البحث:

أولاً – يتم في اللقاء الأول مع المريض توضيح طبيعة الأسلوب العلاجي الذي سيتبعه المعالج معه، والنتائج المحتملة له، وأن له الحق في الاشتراك والاستفسار والتحفظ، أو حتى رفض الاشتراك فيه أو الانسحاب منه، فضلاً عن أخذ الموافقة الكتابية بذلك من خلال استمارة الاتفاق المعدة لهذا الغرض (ملحق 3-ج).

ثانياً – التقدير الإيجابي اللامشروط من المعالج تجاه المريض، أياً كان انتماؤه أو دينه أو نوع مرضه أو جنسه أو عمله ....الخ.

ثالثاً – ضمان الحفاظ على السرية التامة للمعلومات والأسرار الشخصية الخاصة بالمريض والتي قد تكتشف في أثناء العلاج.

رابعاً – عدم استغلال النفوذ في أثناء العلاج، أو بعده، لجعل المريض يقوم بأعمال لا ترضيه، أو تكليفه بتنفيذ إيحاءات مؤجلة النفاذ، لا يكون الهدف منها خدمة إتمام عملية العلاج النفسي.

خامساً–عدم إشعاره بأنه موضع تجريب أو اختبار.

ز- تداول المريض:

اتبعت في البحث الحالي طريقتان لتداول المريض:

إحداهما عندما يأتي بنفسه أو بصحبة آخر إلى المعالج: وفيها يرسل الباحث المريض إلى الطبيب لفحصه والتأكد من أن مرضه الحالي لا يعود إلى أسباب جسمية من خلال استخدام استمارة الإحالة، وبعد الفحص يعود إلى المعالج مرة أخرى.

والأخرى عندما يحال من طبيب اختصاصي إلى المعالج: وفيها تملأ استمارة الإحالة المتوافرة لدى الطبيب ويحال المريض إلى المعالج لإجراء العلاج النفسي بالتنويم الإيحائي.

وبعد إرسال المريض من المراكز العلاجية التي تم الاتفاق معها، يستقبل المريض وتجرى معه الإجراءات الخاصة بالعلاج بدءاً من الجلسة الأولى وحتى السادسة، إذ يقدر المريض معاناته بنفسه وفقاً للمقياس المعد لذلك الغرض، وفي نهاية الجلسة السادسة (الأخيرة) من العلاج يقدر المريض مدى تحسنه بنفسه.

4- أدوات البحث *:

تطلب تحقيق أهداف البحث الحالي واختبار فرضياته استخدام الأدوات الآتية:

أ- مقياس الاضطرابات التحولية:

* تجدر الإشارة إلى أن الباحث صمم جهازاً مساعداً على إحداث التنويم الإيحائي للمراجع، يعمل الجهاز بالتيار الكهربائي المتردد (220 فولت) ويتكون من قاعدة ذات ثلاثة أرجل قابلة للطي والمد، يرتكز عليها قضيب تلسكوبي مكون من ثلاثة أجزاء تتداخل مع بعضها، طول كل منها 32 سم، ويبلغ طولها مجتمعة عند أقصى مد لها 96 سم، وذراع رابع طوله 40 سم به ثقب قرب برغي التثبيت ينفذ منه السلك الكهربائي ويمر عبره ليخرج منه إلى داخل رأس الجهاز، يربط هذا الذراع بالقضيب التلسكوبي مفصل متحرك يسمح له بالحركة والثبات والطي باتجاهات وأبعاد مختلفة، مثبت في نهايته صندوق بلاستيكي متوازي المستطيلات بأبعاد 9.5 × 9.5 × 3.7 سم، في جدار هذا الصندوق زر كهربائي لتشغيل وإيقاف الجهاز ومصباح صغير خافت الضوء يضيء عند عمل الجهاز وينطفئ بانطفائه، وبداخل الصندوق أيضاً محرك كهربائي صغير متعدد التروس الناقلة للحركة لتعطي سرعة بطيئة، يخرج منه جزء دوار طويل إلى خارج الصندوق مثبت عليه قرص بلاستيكي دائري الشكل قطره 13 سم مثبتة عليه ورقة بيضاء مرسوم عليها خطوط مخروطية لولبية سوداء تتناهى في الصغر حتى تصل مركز القرص، يدور هذا القرص باتجاه عقارب الساعة دورة كاملة كل 24 ثانية، وهذه السرعة الرتيبة تعطي مع صوت المنوم إيحاءً بالتنويم.

حاول الباحث بناء مقياس للاضطرابات التحولية، وفي أثناء اطلاعه على المقاييس السابقة لغرض الاستفادة منها وجد مقياساً مقنناً تقنينا جيداً على العينة التي ينوي تطبيق بحثه عليها، وبعد استشارة المشرفين وعدد من الأساتذة والتأكد من مناسبته لهذا الغرض، اعتمد الباحث على مقياس الهستيريا التحولية Conversion Hysteria (H y) وهو المقياس 3 من المقاييس الفرعية من اختبار المستنصرية –مينسوتا المتعدد الأوجه M-MMPI الذي قننه الصالحي 1998 على البيئة العراقية، إذ يحتوي هذا المقياس بصورته الأولية على 60 فقرة وبصورته النهائية على 56 فقرة (ملحق4) تهدف إلى تقدير وجود شكاوى جسمية محددة، وإنكار دفاعي لمشكلات انفعالية أو علاقات اجتماعية وعدم الارتياح في المواقف الاجتماعية. ويقيس الدرجة التي يشبه بها المفحوص أولئك الذين يعانون من الهستيريا التحولية.

ومن الممكن التحدث عن الخصائص السيكومترية لهذا المقياس لإعطاء فكرة عنه كونه مقياساً حديثاً لم ينتشر في البيئة العراقية بعد وأهمها:

أولاً- القوة التمييزية:

استخرجت القوة التمييزية لكل فقرة ولكل مقياس من مقاييس اختبار M-MMPI بطريقتين هما استخدام الاختبار الزائي (وضحه الصالحي بجدول في رسالته)، وطريقة الارتباط ثنائي السلسلة بنقطة، إذ اختيرت 100 استمارة عشوائيا ثم حسبت معاملات الارتباط بين درجات هؤلاء الأفراد على كل فقرة من فقرات الاختبار ودرجتهم الكلية على كل مقياس تمثله هذه الفقرة، فتراوحت معاملات الارتباط بين 0.09-0.56 وبهذا استبعدت 4 فقرات هي نفسها التي استبعدت باستخدام الاختبار الزائي (الصالحي،1998:116-119).

ثانياً- اشتقاق المعايير:

استخدمت الاستمارات الخاصة بعينة البحث الأولى (الضابطة) البالغة 220 استمارة لتكون عينة للتقنين، وبعد تصحيح الاستمارات كافة بمفاتيح التصحيح الجديدة واستخراج

الدرجات الخام لكل مقياس، استخرجت الدرجات المعيارية باستخدام معادلة الدرجة المعيارية لكل درجة خام يحتمل أن يحصل عليها أي فرد، ولكل مقياس من المقاييس الفرعية بصورة موحدة لكلا الجنسين، أسوة بالمعايير الأمريكية والأجنبية الموحدة للجنسين. وأورد الصالحي في الملحق (4/ز) من رسالته الدرجات المعيارية لكل درجة يتم الحصول عليها على أي مقياس من مقاييس M-MMPI بصورته النهائية في ضمنها مقياس الهستيريا التحولية (الصالحي،1998 :121).

ثالثاً- مؤشرات صدق المقياس:

استخرجت أنواع عدة من الصدق لمقياس الهستيريا التحولية وهي:

صدق الترجمة من خلال عرضه على ثلاثة مترجمين، والصدق التجريبي من خلال تحليل فقرات الاختبار ومقاييسه الفرعية في التمييز بين الأسوياء والمرضى، وصدق المحتوى الذي تحقق من خلال استخراج أنواع الصدق الآتية:

الصدق المنطقي من خلال التعريف الدقيق للمجال الذي يقيسه الاختبار، وكذلك من خلال التصميم المنطقي للفقرات بحيث تغطي المساحات المهمة لهذا المجال، والصدق الظاهري من خلال عرض فقرات الاختبار على مجموعة من المحكمين، وصدق البناء من خلال مؤشر علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، وصدق التعلق بمحك (الصدق التلازمي) من خلال قياس الارتباط بين درجات الاختبار ودرجات محكات خارجية هي تشخيص اختصاصيي الطب النفسي المسبق لعينات المرضى وفقاً لمحك الـ (ICD-10) والثاني عندما عرضت نتائج هذا الاختبار لعدد من المرضى على الأطباء النفسيين المشرفين عليهم، إذ تبين وجود علاقة ارتباطية جاوزت 75% بين نتائج هذا الاختبار وتشخيص هؤلاء الأطباء (الصالحي،1998 :121-123).

رابعاً- ثبات المقياس:

استخرجت أنواع عدة من الثبات للمقياس وهي:

معامل ألفا للاتساق الداخلي وبلغ هذا المعامل لمقياس الهستيريا التحولية -المستخدم في البحث الحالي- 0.86، وطريقة إعادة الاختبار وبلغ معامل ثبات مقياس الهستيريا

التحولية بهذه الطريقة 0.80، وطريقة التجانس الداخلي باستخدام معادلة كودر ريتشاردسون-21 إذ بلغ معامل الثبات في هذه الطريقة 0.67 (الصالحي،1998 :123-124).

خامساً- الخطأ المعياري للمقياس:

طبقت معادلة الخطأ المعياري للقياس لكل مقياس من مقاييس الاختبار وبلغ الخطأ المعياري للقياس لمقياس الهستيريا التحولية 2.39 عند استخراج الثبات بطريقة معامل ألفا، وبلغ 0.85 عند استخراج الثبات بطريقة إعادة الاختبار، وبلغ 0.66 عند استخراج الثبات بطريقة معادلة كودر ريتشاردسون-21 (الصالحي،1998 :124-125).

سادساً- تصحيح المقياس:

تجدر الإشارة إلى أن درجات القطع للمقاييس الفرعية السريرية لاختبار M-MMPI هي ابتعاد هذه الدرجات عن المتوسط الحسابي لأفراد المجتمع السوي (عينة التقنين) بانحرافين معياريين – درجة معيارية 70 – (بمستوى ثقة 95 %) ووضع بديلين أمام كل فقرة من فقرات مقياس الهيستيريا التحولية، هما (نعم) (لا) إذ يعطى المفحوص درجة واحدة إذا أجاب بـ (نعم) عن كل فقرة من الفقرات 1-12 ، وصفر إذا أجاب بـ (لا) عن أي فقرة منها، وكذلك يعطى درجة واحدة أيضاً إذا أجاب بـ (لا) عن أي فقرة من الفقرات 13-56 ، وصفر إذا أجاب بـ (نعم) عن أي فقرة منها أيضاً.

وتحسب الدرجة الكلية للمفحوص بواسطة المجموع الكلي لإجاباته عن فقرات المقياس الـ (56) مطروحاً منها الوسط الحسابي (21.77) ومقسومة على الانحراف المعياري (6.38) والناتج مضروب في 10 مضافاً إليه 50 (الصالحي، 1998 :194-195 والاتصال الشخصي بالباحث).

ب- مقياس شدة المعاناة:

وهو عبارة عن مقياس خماسي يتضمن تدرجاً من (صفر إلى أربعة) تمثل هذه التقسيمات الخمسة شدة المعاناة من الاضطرابات التحولية، إذ يمثل الرقم (0) عدم المعاناة، والرقم (1) وجود معاناة طفيفة، والرقم (2) وجود معاناة متوسطة، والرقم (3) وجود معاناة شديدة، والرقم (4) وجود معاناة من آلام شديدة جداً (ملحق 3-د).

وتجدر الإشارة إلى أن هذا النوع من المقاييس استخدم في العديد من الدراسات والبحوث السابقة، ومنها دراسة الكبيسي 1990 (Alkubaisy,1990 :212).

ج- مقياس تقدير التحسن:

أعد هذا المقياس لغرض تقدير مدى تحسن أو شفاء المريض مما يعانيه من اضطرابات تحولية خلال مدة العلاج وعند الانتهاء منه، ويتضمن تدرجاً خماسياً يمتد من (عدم التحسن إلى الشفاء التام)، إذ يعطى عدم التحسن الرقم (0)، والتحسن الطفيف الرقم (1)، والتحسن الواضح الرقم (2)، والتحسن الكبير الرقم (3)، والشفاء التام الرقم (4) وخلو من الأعراض السابقة، واستخدم هذا النوع من المقاييس في العديد من البحوث والدراسات السابقة، ومنها دراسة الكبيسي (Alkubaisy,1990 :74).

ومن الجدير بالذكر أن الباحث وضع سبعة نماذج من هذا المقياس في الاستمارة المعدة لذلك لكي يقوم المريض بوضع إشارة (?) في الحقل الذي يقابل مقدار التحسن قبل بداية الجلسات العلاجية، وعقب كل جلسة علاجية كل على حدة وبعد نهاية العلاج ككل، علماً أن المعالج يقوم بحجب الحقول السابقة التي تم التأشير عليها من قبل لضمان موضوعية الإجابة وتحاشياً لتأثر المريض بتقديراته السابقة.

د- برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي:

أشارت العديد من الأدبيات والدراسات السابقة إلى أنه تم جمع قدر لا بأس به من المعلومات والدراسات عن كامل القدرات العقلية Total Mind Powers وأعيدت صياغتها بهدف الانتفاع بها على المستوى العملي والتطبيقي لإغناء قدرات الإنسان الجسمية والعقلية (ويلسون،1993 :25).

وبما أن المتغير المستقل Independent Variable هو الشرط المحدد الذي يختاره المجرب فيغير أو يتحكم به كما يريد لكي يرى إن كان السلوك يتغير بتغيره، ولكونه المتغير الرئيس الذي يستحوذ على اهتمام وعناية الباحث (مايرز 1990 :101)، فإن الباحث تنقل بين أربعة أقطار عربية -فضلاً عن المراسلة واستخدام شبكة الإنترنت- لجمع أكبر قدر من الأدبيات والدراسات السابقة، وعلى الرغم من الجهد الذي بذله، وحصوله على أعداد كثيرة من الدراسات السابقة، إلا أنه لم يعثر على دراسات عربية تختص ببناء البرامج العلاجية بالتنويم الإيحائي وتطبيقها بطريقة علمية ممنهجة، فضلاً عن شحتها -بوصفها برنامجاً متكاملاً- في الدراسات الأجنبية. وبعد اطلاعه على الأدبيات والدراسات المختلفة، وخبرته العملية - والتي اختبرت من لجنة مكونة من خمسة أساتذة من أساتذة علم النفس* قبل الموافقة على موضوع البحث- واستشارة العديد من الأساتذة وذوي الخبرة قام الباحث ببناء برنامج للعلاج بالتنويم الإيحائي وعلى النحو الآتي:

أولاً- صياغة تعريف للبرنامج:

في ضوء التعريفات السابقة والإطار النظري المعتمد قام الباحث بتعريف متغير التنويم الإيحائي بأنه: "حالة وعي متغيرة، تشبه النوم وتترافق بانحسار مدى الانتباه، تكف أو تقلل فيه الطاقة النفسية اللازمة لأية فعالية جسمية أو نفسية أو ذهنية، وتركز تركيزاً بؤرياً عالياً على فعالية أو أمر واحد في وقت واحد فيستغرق معظم طاقته، مما ينتج من

* الأساتذة الأفاضل هم:

1. الأستاذ قاسم حسين صالح.
2. الأستاذ كامل علوان الزبيدي.
3. الأستاذ الدكتور أحمد عبد اللطيف وحيد.
4. الأستاذ الدكتور خليل إبراهيم رسول.
5. الأستاذ الدكتور وهيب مجيد الكبيسي.

ذلك فعالية عالية في تقبل إيحاءات وإيعازات المنوم وتنفيذها، إلى الحد الذي تحدث في النائم تغييراً جذرياً في جوانب عميقة من الوعي والشخصية والسلوك الآني واللاحق ".

ثانياً - أهداف البرنامج:

1) الهدف العام للبرنامج:

علاج الاضطرابات التحولية.

2) الأهداف الخاصة للبرنامج:

معرفة أثر العلاج بالتنويم الإيحائي في الاضطرابات التحولية الآتية: (الغصة، والغثيان والقيء، وصعوبة التركيز والاستقرار، واضطراب النوم، والصداع وآلام الرأس، والارتجافات والاختلاجات المختلفة، والشعور بالخمول والإنهاك، وقلة الشهية للطعام، وفقدان الصوت، والآلام الجسمية، والشلل وتقلص العضلات المفاجئ، والإغماء والدوار، وخفقان القلب، وضيق وفرط التنفس، واضطراب وفقدان الرؤية التحولي). من خلال تنفيذ الخطوات الخاصة بكل جلسة علاجية من جلسات البرنامج الست.

ثالثاً - المحتوى الذي يتضمنه البرنامج:

يتضمن البرنامج العلاجي ست جلسات علاجية يتم فيها تنفيذ الخطوات بشكل تفصيلي، وتتضمن الجلسة بشكل عام:

أ- مقابلة قصيرة (5 دقائق) يتم فيها الاستفسار عن الشكوى ونتائج الجلسة السابقة (إن لم تكن أول جلسة) وتطبيق مقياس المعاناة، والاستماع إلى ما يود أن يطرحه المريض.

ب- إجراءات التنويم كما في مستلزمات تنفيذ البرنامج.

ج- تنفيذ الخطوات الخاصة بكل جلسة متضمنة التنفس العميق، وتنشيط الدورة الدموية ابتداءً من الإيحاء بتنقية الدم في الرئتين ثم عودته إلى القلب وضخه إلى عموم أجزاء الجسم والتركيز على العضو المصاب.

د- إجراءات الإيقاظ من الغشية التنويمية كما سيأتي ذكره في فقرة مستلزمات تنفيذ البرنامج.

هـ- تقويم الجلسة بسؤال المريض عما شعر به من تغيير، وتطبيق مقياس تقدير التحسن والاتفاق على الموعد القادم.

ويمكن تنفيذ كل جلسة مفصلة بشكل فردي وعلى النحو الآتي:

الجلسة الأولى:

يجرى في هذه الجلسة القيام بالخطوات الرئيسة التي يبدأها المعالج مع المريض محاولاً فيها كسب ثقته وتجاوبه، بدءاً من أول لقاء به وحتى نهاية المدة العلاجية بـ:

أ- تقديم المعالج نفسه وتخصصه العلمي للمريض.

ب- القيام بإجراءات تشخيص الاضطراب وإعطاء المريض فكرة عن طبيعة حالته المرضية.

ج- إعطاء المريض فكرة عن البرنامج العلاجي وهدفه.

د- ملء استمارة معلومات المريض الخاصة.

هـ- توقيع استمارة الاتفاق بين المعالج والمريض.

و- تطبيق مقياس الاضطرابات التحولية (التطبيق القبلي).

ز- تنفيذ جلسة تنويمية قصيرة، لإزالة رهبة المريض من التنويم، والإيحاء له أنه مقبل على خبرة ممتعة، وتعلم طريقة تفكير جديدة.

الجلسة الثانية:

تستقصي هذه الجلسة أسباب الاضطراب وكيفية حدوثها من خلال:

أ- إعادة المريض ذهنياً في أثناء التنويم إلى ما قبل بداية حدوث المرض.

ب- الإيعاز للمريض بالمرور بالخبرة التي أصيب فيها لأول مرة ووصفه لـــها مـــع طمأنته في أثناء الوصف.

ج- سؤاله عما يعتقد أنها أسباب المرض، ومناقشته في ذلك لتبصيره بكيفية حـــدوث المرض وعلاقته بالأسباب.

د- الطلب منه تلخيص أسباب مرضه ، ومنطقية استمرارها لمعرفـــة كيفيـــة فهمـــه للمرض وتعامله معه.

الجلسة الثالثة:

محاولة غرس نظرة المريض الإيجابية لذاته وتقديرها، ومحاولة تحريره من الاعتماد على الآخرين، من خلال:

أ- التنفس العميق لمرات عدة، وتنشيط الدورة الدموية في الجسم وخلايا الدماغ ليغدو أكثر فاعلية (كما في الخطوة 3 من المستلزمات).

ب- تنبيه المريض إلى عدد خلايا الدماغ الهائل التي يمتلكها، وأن ذهنه أصبح أكـــثر صفاء وكفاءة وقدرة على توجيه الأوامر إلى العضو المصاب، وأن بإمكانه أن يكون أكـــثر كفاءة في تطوير قابلياته وقدراته.

ج- تبصير المريض بأنه أقوى وأقدر الكائنات لذلك استخلفه الله، مع التوضيـــح لـــه كيف أنه خليفة الله في الأرض وسيد الكائنات عليها، وأن لديه الإمكانات والقدرات التـــي تؤهله للحياة على الأرض وتسخير ما عليها.

د- محاولة ابراز أية خصائص أو مميزات جسمية أو ذهنية أو اجتماعيـــة يمتلكـــها المريض، والإشادة بها وبإمكانية تطويرها لتكون نقطة الانطلاق وحجر الزاوية التي يبنـــي عليها تصوره الجديد عن ذاته.

هـــ- تعليمه كيفية توكيد ذاته واعتزازه بنفسه بحيث يقول للآخرين هاأنذا. وكيـــف أن ذلك يجعله أكثر قيمة وأهمية في نظر الآخرين، فليـــس المنطقـــي أن يستســـلم للمـــرض ويستجدي عطفهم وهو بهذه القوة والاقتدار.

الجلسة الرابعة:

يجب على المعالج أن يوضح للمريض في هذه الجلسة كيفية تفهم الأعراض والتغلب عليها من خلال:

أ- تكرار التنفس العميق باستمرار بين فترة وأخرى، وتنشيط الدورة الدموية في الجسم عامة وتنشيط خلايا الدماغ خاصة.

ب- تبصيره أن بإمكانه أن يستثمر عدد خلايا الدماغ الهائل التي يمتلكها ليجعل دماغه أكثر صفاءً وكفاءة وفاعلية من ذي قبل، في توجيه الأوامر إلى العضو المصاب في التخلص من المرض والضعف.

ج- التوضيح له كيف أن ظهور الأعراض في أوقات معينة من مواقف الحياة اليومية والمواقف الضاغطة منها خاصة، كانت نوعاً من الهروب الذي لا يجدي نفعاً ولا يحل المشكلة بل يوقعه في حالة من الضعف والوهن يجعله أقل قيمة في نظر نفسه والآخرين. وكيف أن بإمكانه الآن أن يكون أقدر على التحرر منها والتغلب عليها كما حدث لمراجعين سابقين (مع ذكر حالة مشابهة لحالته).

د- تكرار التأكيد والإيحاء له بعدم نسيان ما تم في هذه الجلسة.

الجلسة الخامسة:

يدرب المريض في هذه الجلسة على كيفية مجابهة الأعراض والتغلب عليها إجرائياً في أثناء التنويم وذلك من خلال:

أ- إعادة خطوات الجلسة الرابعة بشكل مختصر.

ب- اقتراح موقف تجريبي ومواجهة المريض به، وتتبعه خطوة بخطوة وتشجيعه على المقاومة مع تبني الموقف الذهني الصحيح، وعدم الوهن.

ج- تكرار ذلك بموقفين مختلفين قريبي الشبه بمشكلته الحالية التي أوقعته بالمرض ومتابعته في الثاني أقل، أما في الثالث فينبغي تركه لوحده لتعزيز ثقته بنفسه واعتماده عيها.

الجلسة السادسة:

تدريب المراجع عملياً على الإيحاء الذاتي في هذه الجلسة ووضع الخطوات النهائية لعملية العلاج وعلى النحو الآتي:

أ- تبدأ هذه الجلسة بموقف يقترحه المريض ويضع فيه طريقة للخلاص من الوقوع في المرض في أثناء التنويم أولاً، ثم يتكرر ذلك بعد الاستيقاظ. بهدف غرس الثقة بنفسه بأنه أصبح قادراً على مواجهة المواقف التي كان يهرب منها ويحتمي بالمرض.

ب- التطبيق النهائي لمقياس التقدير الذاتي للتحسن.

ج- ملء استمارة متابعة المريض، والاحتفاظ بها في مكان خاص.

د- تطبيق مقياس الاضطرابات التحولية (التطبيق البعدي).

هـ- تختتم هذه الجلسة بتوديع المراجع، والتأكيد له بأنه أصبح أكثر قوة وثقة بنفسه، وذا نظرة متفائلة جديدة لذاته ولإمكاناته وقدراته ولما حوله مما يمكنه من الحياة بشكل طبيعي.

رابعاً- مستلزمات تنفيذ البرنامج:

(1) يجب اختيار مكان مناسب لتنفيذ خطوات العلاج بالتنويم الإيحائي يكون قليل المشتات للانتباه تتوافر فيه الظروف الفيزيقية المناسبة من ضوء وهدوء (عدم وصول أصوات وضوضاء أو قطع الجلسة بدخول شخص)، وحرارة معتدلة ومناسبة.

(2) توفر الوسائل الآتية:

(أ) الاستمارات والمقاييس المشار إليها في هذا البرنامج.

(ب) الأدوات المستخدمة (كراسي، ومكتب، وساعة توقيت، وسرير مريح له مسند للرأس قابل للارتفاع والانخفاض).

(ج) استخدام إحدى طرائق التنويم الإيحائي المعدة بشكل علمي، ومنها طريقة الباحث الخاصة (ملحق 3) وتتضمن تركيز النظر في عيني المريض، ثم الطلب منه التنفس بعمق وبطء وهدوء واستخدام الصوت الموحي بالثقل والارتخاء، بدءاً من أصابع القدمين

والكعبين مروراً بالأعضاء بشكل متدرج وانتهاءً بإغلاق العينين والدخول في الغشية التنويمية. والتأكيد أنه سيظل نائماً في حالة من الراحة والهدوء والطمأنينة وتعمق النوم بمرور الوقت حتى يعطى إشارة الإيقاظ (طرق جبهته ثلاث طرقات برفق بإصبع المعالج).

(د) تنفيذ المحتوى الخاص بكل جلسة وفقاً لخطواتها.

(هـ) إيقاظ النائم وبشكل متدرج بعد إعطاء الإيحاءات بالنشاط والحيوية لما بعد الاستيقاظ.

خامساً - إجراءات تقويم البرنامج:

(1) قياس الاضطرابات التي يعاني منها المريض ككل بمقياس الاضطرابات التحولية قبل العلاج لغرض معرفة مدى درجة ووجود أعراض الاضطرابات التحولية لدى المريض(الاختبار القبلي). ثم قياس الاضطرابات التحولية بعد انتهاء مدة البرنامج العلاجي المقررة (الاختبار البعدي) لغرض معرفة أثر البرنامج العلاجي المقترح في تلك الاضطرابات.

(2) الاعتماد على مقياس تقدير المريض والطبيب المختص (كما هو موضح في استمارة الإحالة) للمعاناة من الاضطراب.

(3) تقدير المعاناة من وجهة نظر المريض نفسه على مقياس المعاناة قبل كل جلسة علاجية، وتقدير مدى تحسنه بعد كل جلسة علاجية، وبعد الانتهاء من البرنامج ككل.

سادساً - عرض البرنامج على الخبراء:

بعد أن فرغ الباحث من صياغة البرنامج بصورته الأولية قام بعرضه على مجموعة من الخبراء بعلم النفس والطب النفسي والتربية (ملحق 2)، وبعد الاطلاع على ملاحظات الخبراء تم الأخذ بآرائهم من تعديل وتحوير لبعض محتويات البرنامج. وقد تم الإبقاء على محتويات البرنامج جميعها بنسب مختلفة وكما هو موضح في الجدول (2) الآتي:

جدول (2)

آراء الخبراء في محتويات برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي ومدى ملاءمته للتطبيق

الموضوع	ملائم	غير ملائم	الملاحظات المقترحة
عدد الجلسات الكلي (6) جلسات.	%71	%29	
مدة البرنامج (3) أسابيع بمعدل جلستين في الأسبوع.	%71	%29	
مدة الجلسة الواحدة: (45) دقيقة.	%78	%22	
الخطوات الخاصة بكل جلسة.	%79	%21	
أعمار العينة (كما وردت في المقياس).	%92	%8	
استمارة الإحالة، ومقياس المعاناة.	%92	%8	
استمارة المعلومات العامة.	100 %	%0	
استمارة الاتفاق بين المعالج والمريض.	100 %	%0	
مقياس تقدير التحسن.	%92	%8	
استمارة متابعة المريض.	%92	%8	
التطبيق القبلي والبعدي لمقياس الاضطرابات التحولية.	%92	%8	
إضافة معلومات أخرى خاصة بالمريض.	%78	%22	

وبذلك أصبح البرنامج جاهزاً للتطبيق بصورته النهائية، ملحق (3).

سابعاً ـ تطبيق البرنامج لمعرفة ملاءمته للمضطرب وإمكانية تطبيقه:

· طبق الباحث البرنامج على أربع حالات من المضطربين التحوليين للتعرف على مدى وضوح المحتويات، وسهولتها، وفهمها، واستيعاب المفحوص لها، لأجل ضمان تطبيق البرنامج بشكل صحيح وعدم حصول معوقات تعترض سير التجربة العلاجية في أثناء التطبيق النهائي.

5 التطبيق النهائي:

بعد أن استكمل الباحث بناء برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي بشكله النهائي، قام بتطبيقه على عينة البحث الأساسية البالغة (20) مضطرباً – (جدول1) المذكور آنفا- وبشكل فردي جاهداً تحاشي أية متغيرات دخيلة قد تؤثر في النتائج، باحثا عن كل فرد من أفراد العينة في العيادات والمستشفيات والمراكز الصحية في بغداد ولأجل ذلك تم التنسيق مع عدد من الأطباء الاختصاصين في مستشفى ابن رشد التعليمي للطب النفسي، وعيادة كلية التمريض بجامعة بغداد، ومركز شاهين الصحي، والمركز الصحي لكلية الآداب بجامعة بغداد، على التعاون مع الباحث في تطبيق البرنامج وتوفير عينة من المراجعين المصابين بالاضطرابات التحولية، فضلاً عن المساعدة في التشخيص والتقويم، خلال المدة من (1998/8/19) إلى (1998/12/14).

صعوبات البحث:

تجدر الإشارة إلى الصعوبات التي واجهت الباحث أثناء تطبيقه لبحثه والتي قد تواجه أي باحث آخر ينوي القيام بمثل هذه الدراسة وهي:

1- شحة المصادر العلمية في موضوع البحث بسبب الحصار العلمي والاقتصادي الظالم.

2- صعوبة تطبيق العلاج التنويمي في حالة كون الباحث غير مدرب على تقنيات التنويم الإيحائي.

3- عدم توافر الأدوات اللازمة لتطبيق هذا النوع من العلاج مثل الكراسي الخاصة بالاسترخاء وإعداد غرفة العلاج لتناسب العلاج التنويمي.

3- صعوبة اقتناع بعض الأطباء والمرضى بفعالية العلاج التنويمي فضلاً عن توجسهم خيفة منه.

4- صعوبة تطبيق العلاج التنويمي في حالة عدم تيسر مكان مناسب لإجراء الجلسات العلاجية بما تتطلبه من هدوء وظروف فيزيقية يندر توافرها في المستشفيات والمراكز والعيادات العامة.

5- تذبذب المضطربين التحوليين الذي قد يؤدي إلى انقطاعهم أو عدم انتظامهم في متابعة العلاج.

6- صعوبة تشخيص الاضطرابات التحولية لاختبائها وراء أعراض جسمية قد تخدع غير المتخصصين مما يستوجب الحيطة والحذر.

7- العدوان الأمريكي البريطاني الذي حال دون الاستمرار في زيادة عدد أفراد العينة، وحلول شهر رمضان المبارك واللذان يعدان متغيران دخيلان يؤثران في التطبيق الدقيق للتجربة.

6. الوسائل الإحصائية:

لمعالجة بيانات البحث الحالي استخدمت الوسائل الإحصائية * الآتية:

أ- النسبة المئوية، واستخدمت لمعرفة دلالة آراء الخبراء (المحكمين) في فقرات برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي، ومعرفة نسب انتشار الاضطرابات التحولية بين أفراد عينة البحث بشكل عام، وتوزيعها على وفق متغير الجنس.

ب- الوسط الحسابي (فيركسون،1991 :66)، واستخدم لحساب متوسط أعمار عينة البحث.

ج- الانحراف المعياري (فيركسون،1991 :89)، واستخدم لمعرفة انحراف أعمار العينة.

د- معادلة الدرجة المعيارية الخاصة بتصحيح مقياس الاضطرابات التحولية (الاتصال الشخصي بالصالحي،1998)، واستخدمت في تحويل الدرجة الخام للمفحوص إلى درجة معيارية.

هـ- الاختبار التائي t-test لعينتين مترابطتين (فيركسون،1991 :224)، وقد استخدم لمعرفة دلالة الفروق في الاضطرابات التحولية قبل وبعد العلاج في مقياس الاضطرابات التحولية، ومقياس تقدير المعاناة المرضية، وفي التقدير الذاتي للتحسن، وتقدير المعاناة قبل العلاج والتحسن بعده.

و- الاختبار التائي لعينتين مستقلتين (فيركسون،1991 :226)، واستخدم لمعرفة دلالة الفروق بين تقديرات المرضى لمعاناتهم وتقديرات الأطباء لها قبل العلاج.

* استفيد من الحاسوب في استخدام الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS الإصدار 7.5 لمعالجة بيانات البحث.

الفصل الخامس

عرض النتائج ومناقشتها

1 ـ عرض النتائج.

2 ـ مناقشة النتائج.

3 ـ التوصيات.

4 ـ المقترحات.

يتضمن هذا الفصل عرض النتائج التي توصل إليها البحث الحالي وفقاً لأهدافه وفرضياته ومناقشة تلك النتائج في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري، وكذلك التوصيات والمقترحات التي توصل إليها الباحث وعلى النحو الآتي:

1. عرض النتائج:

أ. إعداد وبناء أدوات البحث #:

أولاً- برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي:

تحقق هذا الهدف من خلال الإجراءات التي اتبعت في بناء برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي ، والتي عرضت في الفصل الرابع من البحث الحالي، وبعد الأخذ بآراء لجنة الخبراء (المحكمين) بخصوص محتويات البرنامج، أبقي على محتوياته جميعها، وأصبح البرنامج جاهزاً للتطبيق بصورته النهائية (ملحق 3).

ثانياً- مقياس الاضطرابات التحولية.

اعتمد الباحث على مقياس الهيستيريا التحولية Conversion Hysteria (Hy) وهو المقياس (3) من المقاييس الفرعية لاختبار المستنصرية-منسوتا المتعدد الأوجه (M-MMPI) الذي قننه الصالحي على البيئة العراقية عام 1998م وهو العام نفسه الذي طبقه الباحث على عينة البحث، وذلك لحداثته وتمتعه بالخصائص الأساسية كافة والتي يجب

تجدر الإشارة إلى أن الباحث صمم جهازاً مساعدا على إحداث عملية التنويم كإحدى أدوات البحث، وجربه على الأعمار 6-60 سنة، ولكنه لم يتمكن من استخدامه مع عينة البحث الحالية للأسباب الواردة في الفصل الرابع من البحث الحالي. وهو الآن بصدد تطويره للعمل على التيار المباشر والمتردد لاستخدامه في البحوث العلمية المستقبلية.

توافرها في المقاييس السريرية لهذا النوع الدراسات. وقد تم التحدث عنه بالتفصيل في الفصل الرابع من البحث الحالي (ملحق4).

ثالثاً- مقياس شدة المعاناة:

أعد الباحث هذا المقياس من أجل أن يقوم المريض بتقدير معاناته المرضية التي يكابدها من الاضطرابات التحولية والذي يقيس درجة شدة وجود العرض وليس نوعه فقط، ويتميز هذا المقياس بتحويل التقدير الكيفي إلى تقدير كمي رقمي لتسهيل التعامل مع البيانات معنوياً. وقد سبق الحديث عنه بالتفصيل في الفصل الرابع من البحث الحالي (ملحق3-هـ).

رابعاً- مقياس تقدير التحسن:

أعد هذا المقياس بشكل خماسي متدرج يبدأ من الصفر وينتهي عند الدرجة 4، وهو يساعد المريض على تقدير مدى التحسن الذي يشعر به جراء تطبيق البرنامج العلاجي، فضلاً عن كونه أداة مناسبة لمساعدة المريض على سرعة الشفاء من تغذية مرتدة في التحسن. وقد تم الحديث عنه خلال الفصل الرابع من البحث الحالي (ملحق3-و).

ب- معرفة نسب توزيع نوع الاضطرابات التحولية لدى عينة البحث عامة، وعلى وفق متغير الجنس:

ولتحقيق هذا الهدف حسبت التوزيعات التكرارية للاضطرابات التحولية التي شكا منها أفراد عينة البحث، فوجد أن عدد هذه الأعراض هو 13 عرضاً، وحسبت النسبة المئوية لكل عرض لدى أفراد عينة البحث ككل بالنسبة للمجموع الكلي لهذه الاضطرابات عامة، وحسبت نسبتها إلى اضطرابات الذكور، واضطرابات العينة الكلية عامة. ثم حساب

نسبتها إلى اضطرابات الإناث، واضطرابات العينة الكلية عامة، ، والجدول (3) الآتــــي يوضح نوع ونسب توزيع هذه الاضطرابات:

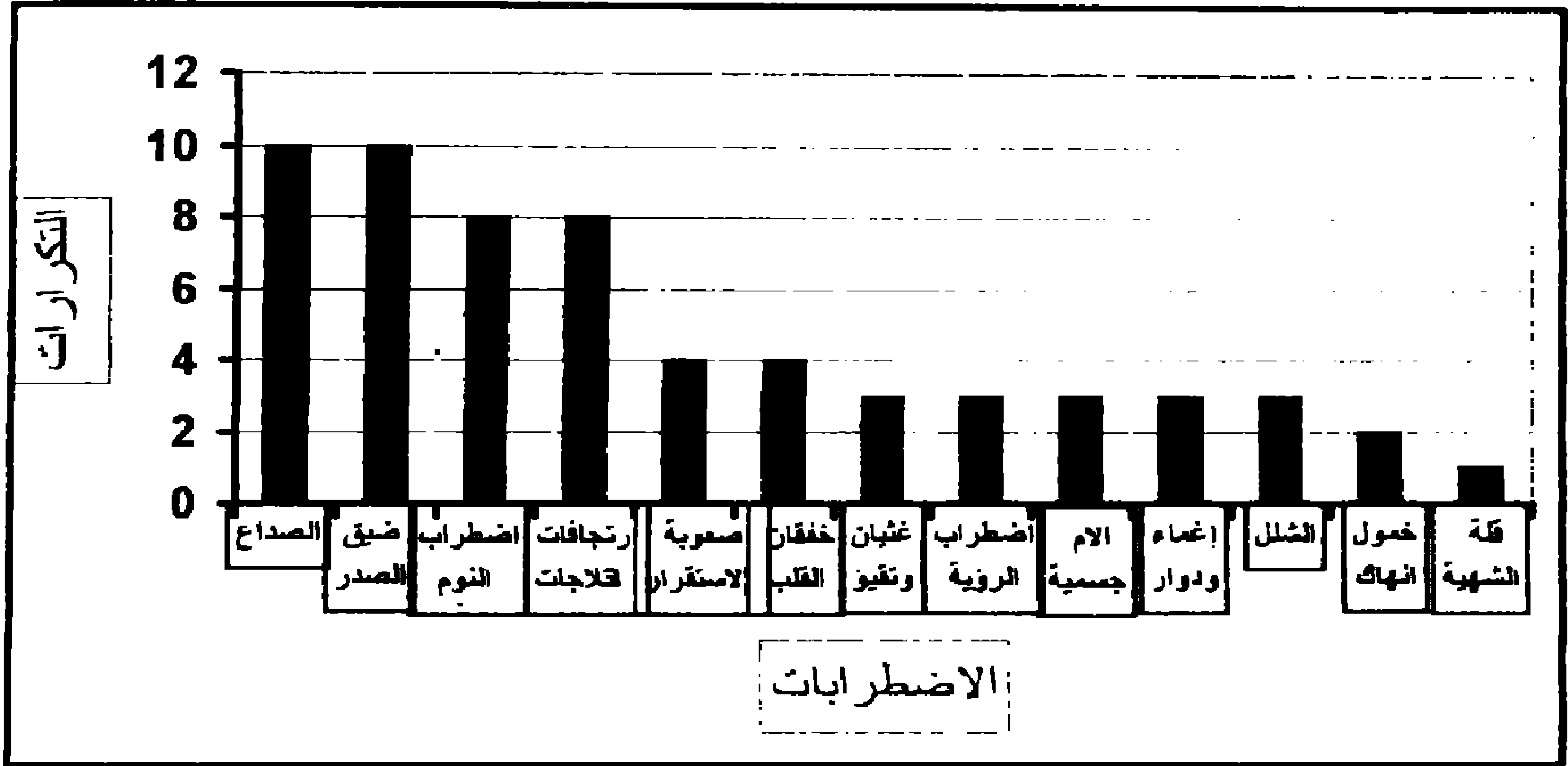
جدول (3)

أعراض الاضطرابات التحولية لدى عينة البحث عامة وعلى وفق متغير الجنس (n=15)

ت	نوع الأعراض	العينة الكلية n=15		الذكور n=4			الإناث n=11		
		التكرار الكلي	النسبة المئوية للكل	التكرار	النسبة المئوية	نسبة الذكور للعينة الكلية	التكرار	النسبة المئوية	نسبة الإناث للعينة الكلية
1	الصداع وآلام الرأس	10	%77	1	%11	%.08	9	%75	%69
2	ضيق الصدر	8	%62	3	%33	%23	5	%45	%38
3	اضطرابات النوم	8	%62	1	%11	%.08	7	%58	%54
4	الارتجافات والاختلاجات	8	%62	4	%44	%31	4	%33	%31
5	صعوبة التركيز والاستقرار	4	%31	1	%11	%.08	3	%25	%23
6	خفقان القلب	4	%31	-	-	-	4	%33	%31
7	غثيان وتقيؤ	3	%23	-	-	-	3	%25	%23
8	اضطراب الرؤية	3	%23	-	-	-	3	%25	%23
9	الآلام الجسمية	3	%23	1	%11	%.08	2	%17	%15
10	الإغماء والدوار	3	%23	1	%11	%.08	2	%17	%15
11	الشلل وتقلص العضلات المفاجئ	3	%23	3	%33	%23	-	-	-
12	الخمول والإنهاك	2	%15	1	%11	%.08	1	%.08	%.08
13	قلة الشهية للطعام	1	%.08	-	-	-	1	%.08	%.08
	المجموع	60		16			44		

ومن خلال النظر إلى الجدول (3) السابق يلاحظ أن نسب أعراض الاضطرابات التحولية تباينت في توزيعها بين أفراد عينة البحث بشكل عام إذ ظهر أن الصداع احتل المرتبة الأولى فقد بلغت نسبته 77% من بين الأعراض كافة، وفي المرتبة الثانية جاء ضيق الصدر، واضطرابات النوم، والارتجافات والاختلاجات إذ بلغت نسبة كل منها 62%، في حين أتى كل من صعوبة التركيز والاستقرار، وخفقان القلب في المرتبة الثالثة

وكانت نسبة كل منهما 31%، وفي المرتبة الرابعة جاء الغثيـــان والتقيـــؤ، واضطـــراب الرؤية، والإغماء والدوار، والشلل فبلغت نسبة كل منها 23%، أما الخمول والإنهاك فقـــد حصل على المرتبة الخامسة وبنسبة 15%، وفي المرتبة الأخيرة جاءت قلة الشهية للطعـام وبلغت نسبتها 0.08%، ويمكن توضيح ذلك في الشكل (2) الآتي:



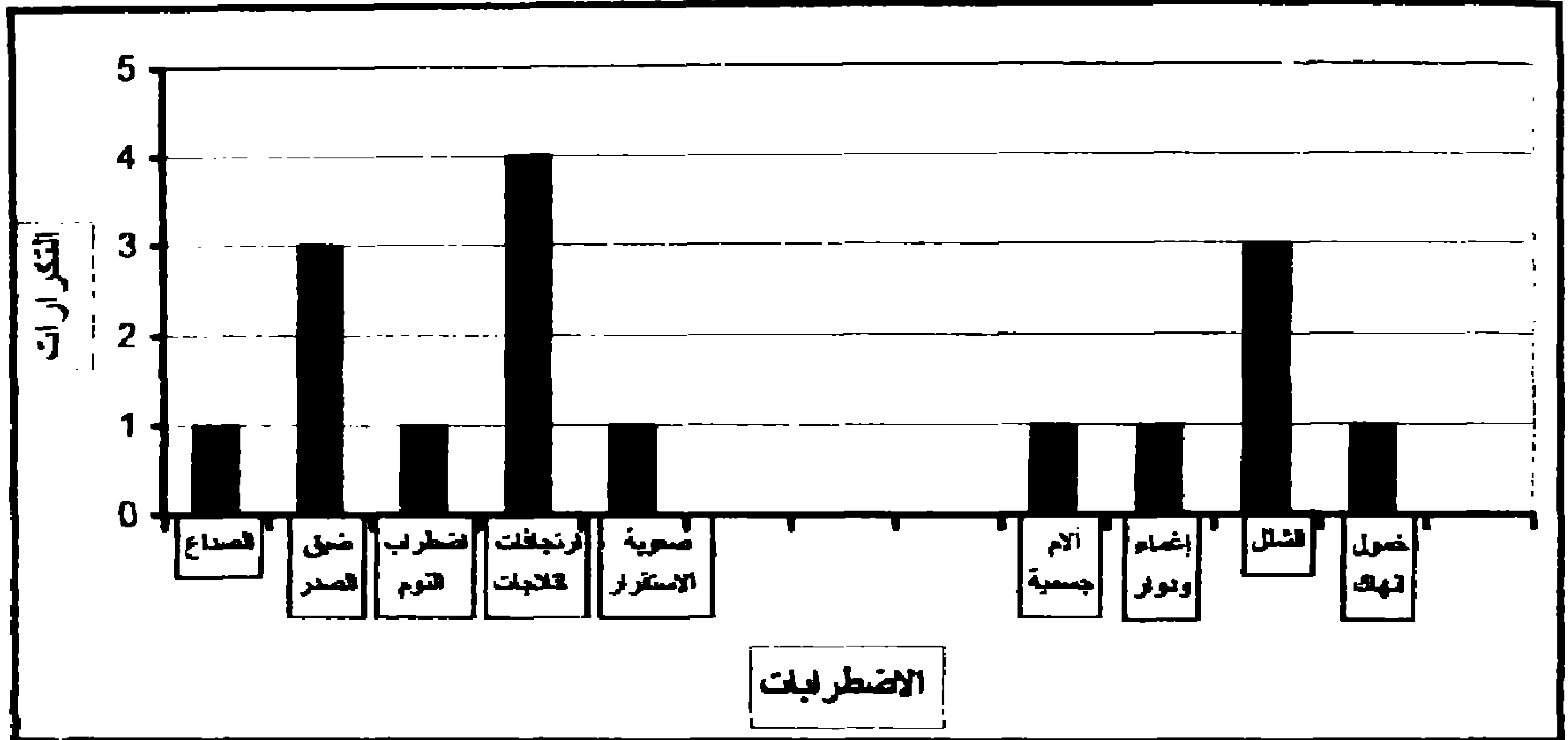
شكل (2)

توزيع نوعية الاضطرابات التحولية وتكراراتها

لدى أفراد عينة البحث الحالي عامة (n-=15)

أما توزيع نوعية الاضطرابات التحولية بين الذكور فيلاحظ من الجدول (3) الســابق أن اضطراب الارتجافات والاختلاجات احتل المرتبة الأولى وكانت نسبته 44% من بيـــن بقية الاضطرابات التحولية لدى الذكور خاصة، ونسبة 31% إلى اضطرابات العينة عامـة، وفي المرتبة الثانية جاء ضيق الصدر، والشلل وكـــانت نســبة كــل منـــهما 33% مـــن اضطرابات الذكور خاصة، و23% من اضطرابات العينة عامة، وفي المرتبة الثالثة جـــاء الصداع، واضطرابات النوم، وصعوبة التركيز والاستقرار، والآلام الجسمية، والإغمـــاء

والدوار، والخمول والإنهاك، إذ بلغت نسبة كل منهم 11% من اضطرابات الذكور خاصة، و0.08% من اضطرابات العينة عامة، والشكل (3) الآتي يوضح ذلك:



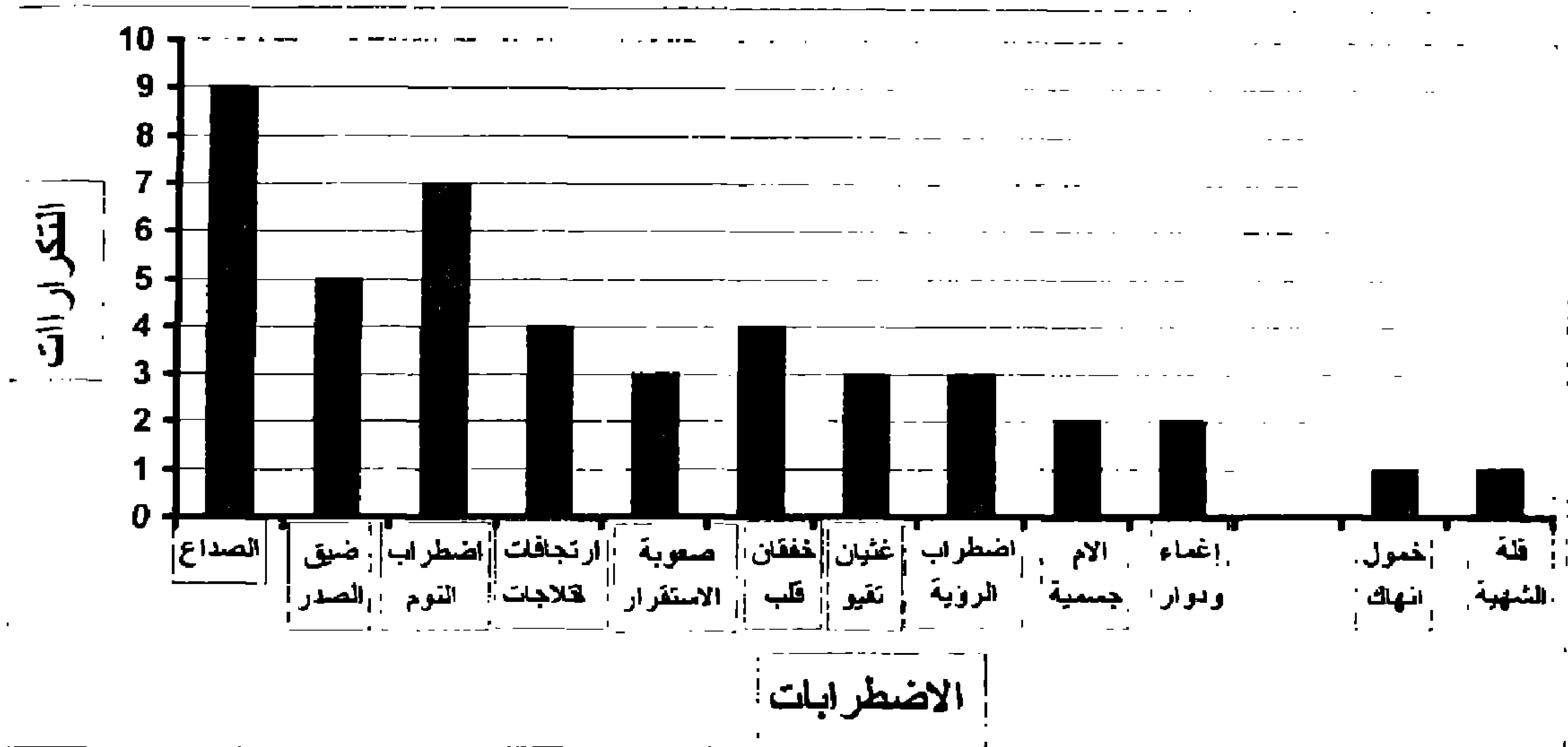
شكل (3)

توزيع نوعية الاضطرابات التحولية

وتكراراتها لدى الذكور من عينة البحث (n=4)

أما توزيع الاضطرابات التحولية لدى الإناث فيتبين من الجدول (3) السابق أنها تباينت إذ جاء الصداع بالمرتبة الأولى وبنسبة 75% من بين اضطرابات الإناث خاصة، و69% من اضطرابات العينة عامة، وأتت بعدها اضطرابات النوم فكانت نسبتها 58% من بين اضطرابات الإناث خاصة، و54% من اضطرابات العينة عامة. أما ضيق الصدر فقد حصل على المرتبة الثالثة وبنسبة 42% من بين اضطرابات الإناث خاصة، و 38% من اضطرابات العينة عامة. وفي المرتبة الرابعة جاء كل من خفقان القلب، والارتجافات والاختلاجات وكانت نسبة كل منهما 23% من بين اضطرابات الإناث خاصة، و31% من اضطرابات العينة عامة. وفي المرتبة الخامسة جاء كل من صعوبة التركيز والاستقرار، والغثيان والتقيؤ، واضطراب الرؤية، وبلغت نسبة كل منها 25% من بين اضطرابات

الإناث خاصة، و23% من اضطرابات العينة عامة. أما المرتبة السادسة فكانت لكل من الآلام الجسمية، والإغماء والدوار إذ كانت نسبة كل منهما 17% من بين اضطرابات الإناث خاصة، و 15% من اضطرابات العينة عامة. وجاء بالمرتبة السابعة والأخيرة اضطرابا قلة الشهية للطعام، والخمول والإنهاك وكانت نسبة كل منهما 0.08% من بين اضطرابات الإناث خاصة والعينة عامة أيضاً، ويمكن توضيح ذلك في الشكل (4) الآتي:



شكل (4)

توزيع نوعية الاضطرابات التحولية

وتكراراتها لدى الإناث من عينة البحث (n=11)

ج- معرفة أثر برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي في الاضطرابات التحولية من خلال اختبار الفرضيات الآتية:

أولاً- لا توجد فروق ذات دلالة معنوية لأثر البرنامج العلاجي في الاضطرابات التحولية وفق مقياس الاضطرابات التحولية:

لاختبار هذه الفرضية قام الباحث بتطبيق مقياس الاضطرابات التحولية لغرض معرفة وتحديد درجة كل مفحوص من المضطربين، ثم تطبيق البرنامج العلاجي بصورته النهائية متتبعاً خطوات تنفيذه من خلال جلساته الست ولمدة ثلاثة أسابيع بواقع جلستين في الأسبوع، على عينة تألفت من (15) مريضاً بواقع (4) مرضى و (11) مريضة اختيروا بطريقة غير مقصودة من المرضى المصابين بالاضطرابات التحولية المراجعين لمستشفى ابن رشد للطب النفسي والمركز الصحي لكلية الآداب بجامعة بغداد والعيادة النهارية في كلية التمريض في جامعة بغداد ومركز شاهين الصحي. وبعد انتهاء الجلسة السادسة من البرنامج طبق الباحث مقياس الاضطرابات التحولية مرة أخرى على كل مراجع لوحده، ولغرض إيجاد الفروق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي استخدم الباحث الاختبار التائي t-test لعينتين مترابطتين (فيركسون،1991 :224) لمعالجة البيانات ووجد أن القيمة التائية المحسوبة كانت 17.72، وهي دالة معنوياً والجدول(4) الآتي يوضح ذلك:

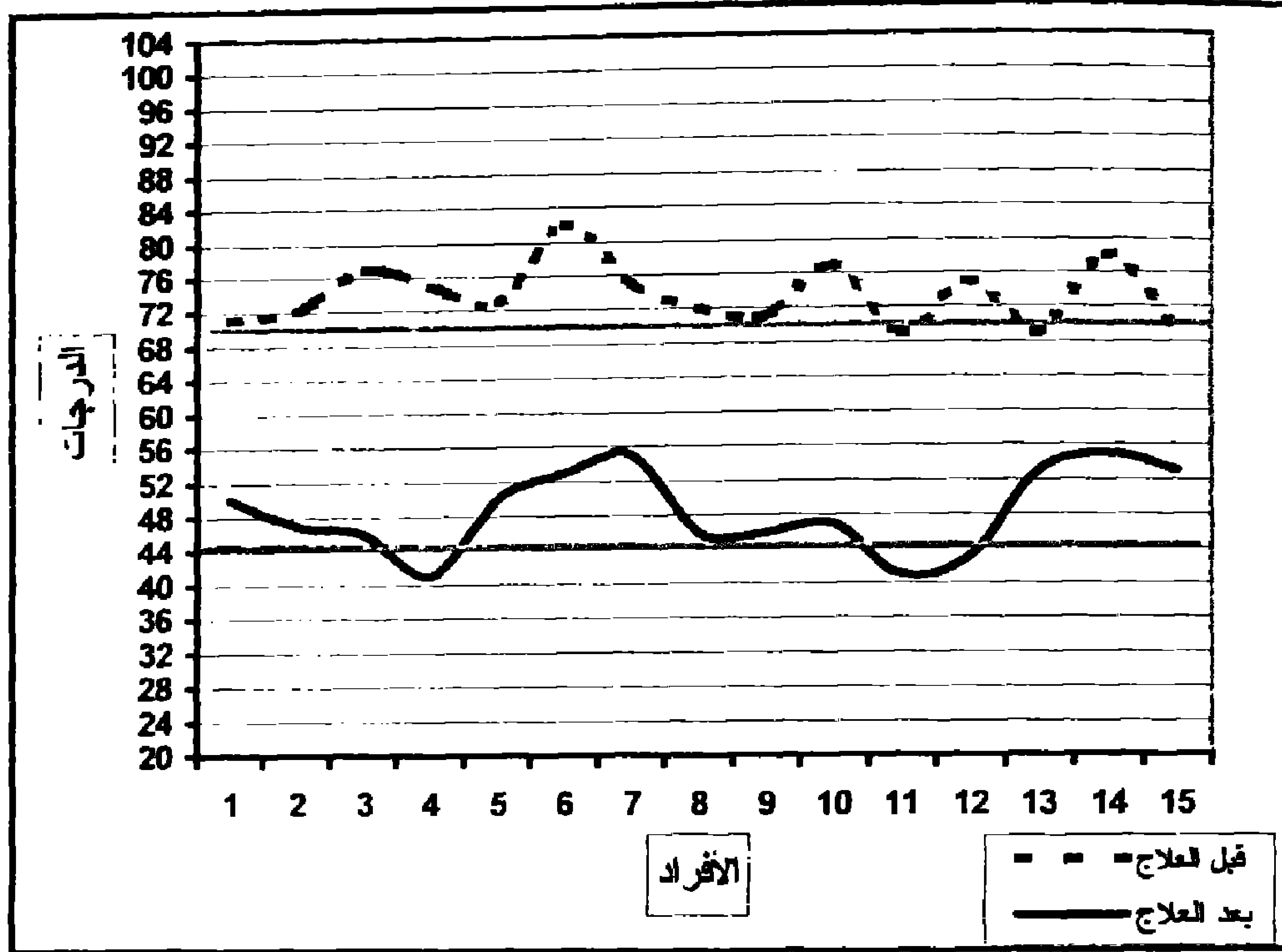
جدول (4)

الاختبار التائي لعينتين مترابطتين من المرضى لاختبار دلالة الفروق وفق مقياس الاضطرابات التحولية قبل و بعد العلاج (n=15)

الظرف العلاجي	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	
			المحسوبة *	الجدولية
قبل العلاج	73.66	3.79	17.72	4.14
بعد العلاج	48.40	4.74		

* الفروق بين القيم المحسوبة والجدولية دالة معنوياً عند مستوى دلالة 0.001 وبدرجة حرية 14.

وتشير هذه النتيجة إلى أن المراجعين الذين أتموا الجلسات العلاجية الست استفادوا من برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي الذي طبق عليهم، وأدى إلى تحسن حالتهم الصحية وزوال أعراض الاضطرابات التحولية التي كانوا يشكون منها، ويمكن توضيح ذلك في الشكل (5) الآتي:



شكل (5)

الفروق بين درجات أفراد عينة البحث قبل وبعد

العلاج وفق مقياس الاضطرابات التحولية (n=15)

ثانياً- لا توجد فروق ذات دلالة معنوية بين تقديرات المرضى لمعاناتهم قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي:

لغرض اختبار هذه الفرضية ولمعرفة الفروق بين تقديرات المرضى للمعاناة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، كان المعالج يطلب من المريض تقدير معاناته بنفسه بوضع إشارة (?) في الحقل الذي يقابل مقدار معاناته على مقياس المعاناة قبل بدء العلاج ثم بعد انتهاء العلاج ككل لغرض المقارنة وحساب الفروق، وكذلك قبل كل جلسة علاجية لغرض متابعة المريض ومعرفة مدى تخفيف المعاناة الذي يطرأ عليه جراء الجلسات.

وبعد تطبيق البرنامج العلاجي استخدم الاختبار التائي t-test لعينتين مترابطتين (فيركسون،1991 :224) لمعالجة البيانات فوجد أن القيمة التائية المحسوبة كانت 16.00، وهي دالة معنوياً والجدول (5) الآتي يوضح ذلك.

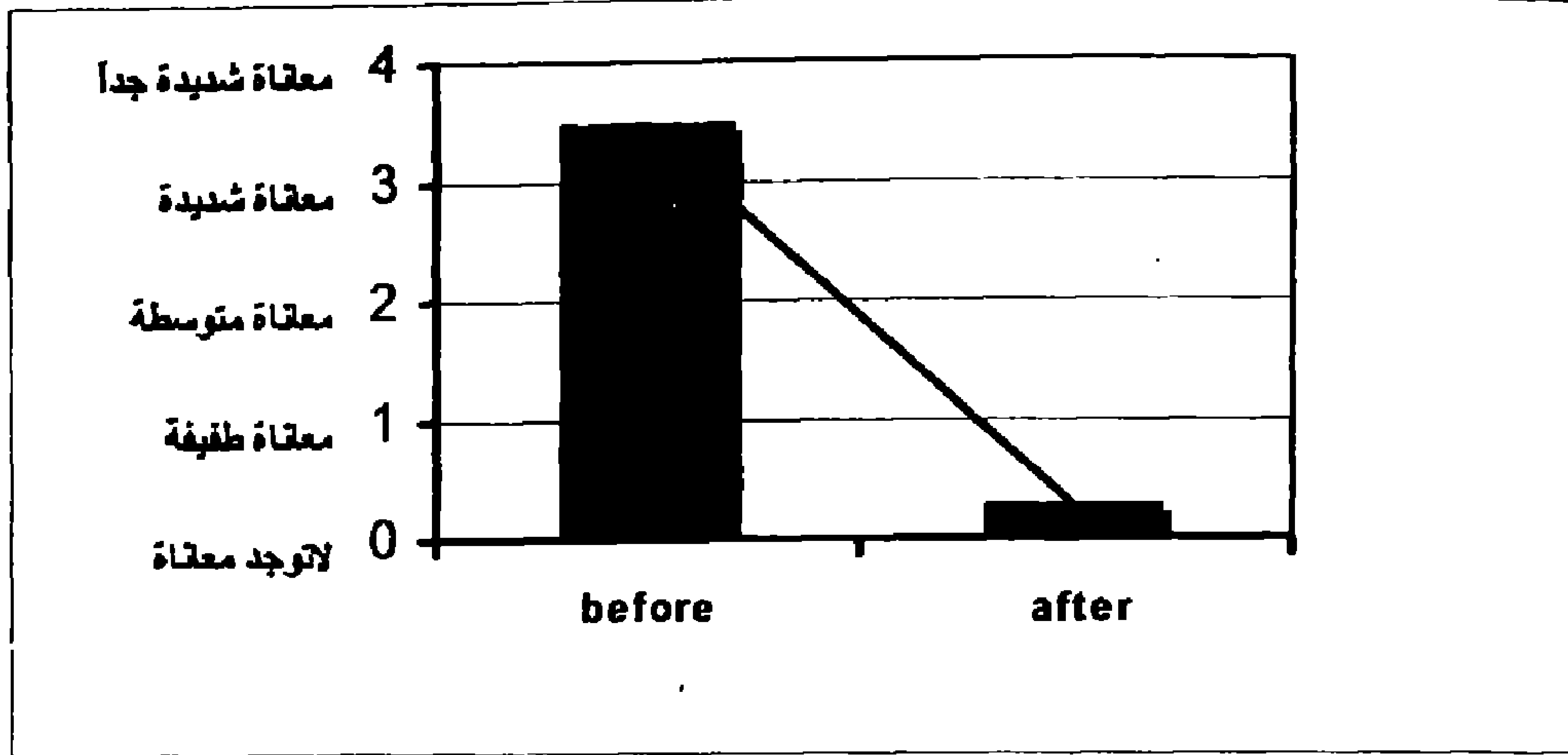
جدول (5)

الاختبار التائي لعينتين مترابطتين من المرضى لاختبار دلالة الفروق بين تقديراتهم للمعاناة قبل وبعد العلاج(n=15)

الظرف العلاجي	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	
			المحسوبة *	الجدولية
قبل العلاج	3.466	0.516	16.00	4.14
بعد العلاج	0.266	0.458		

* الفروق بين القيم المحسوبة والجدولية دالة معنوياً عند مستوى دلالة 0.001 وبدرجة حرية 14.

ظهر من خلال الجدول (5) أن القيمة التائية المحسوبة أكبر من الجدولية عند مستوى دلالة 0.001 وبدرجة حرية 14 ، وذلك يعني وجود فروق ذات دلالة معنوية في انخفاض مستوى المعاناة، وتؤكد هذه النتيجة أن الذين أتموا جلسات البرنامج الست تخففت معاناتهم بشكل ملحوظ واستفادوا من البرنامج العلاجي الذي طبق عليهم وتوضيح ذلك في الشكل (6) الآتي:



شكل (6)

الانخفاض في المعاناة المرضية لعينة البحث قبل

وبعد العلاج وفق التقدير الذاتي للمعاناة (n=15)

ثالثاً – لا توجد فروق ذات دلالة معنوية بين تقديرات المرضى للتحسن قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي:

من أجل اختبار هذه الفرضية ولغرض معرفة الفروق بين تقديرات المرضى للتحسن بعد تطبيق البرنامج العلاجي، كان المعالج يطلب من المريض تقدير تحسنه بنفسه وذلك بوضع إشارة (?) في الحقل الذي يقابل مقدار تحسنه على مقياس التحسن قبل بدء العلاج ثم بعد انتهاء العلاج ككل لغرض المقارنة وحساب الفروق، وكذلك عقب كل جلسة علاجية لغرض متابعة المريض ومعرفة مدى التحسن الذي يطرأ عليه جراء الجلسات.

وبعد تطبيق البرنامج العلاجي استخدم الباحث الاختبار التائي t-test لعينتين مترابطتين (فيركسون،1991 :224) لمعالجة البيانات، ووجد أن القيمة التائية المحسوبة كانت 17.83، وهي دالة معنوياً والجدول (6) الآتي يوضح ذلك:

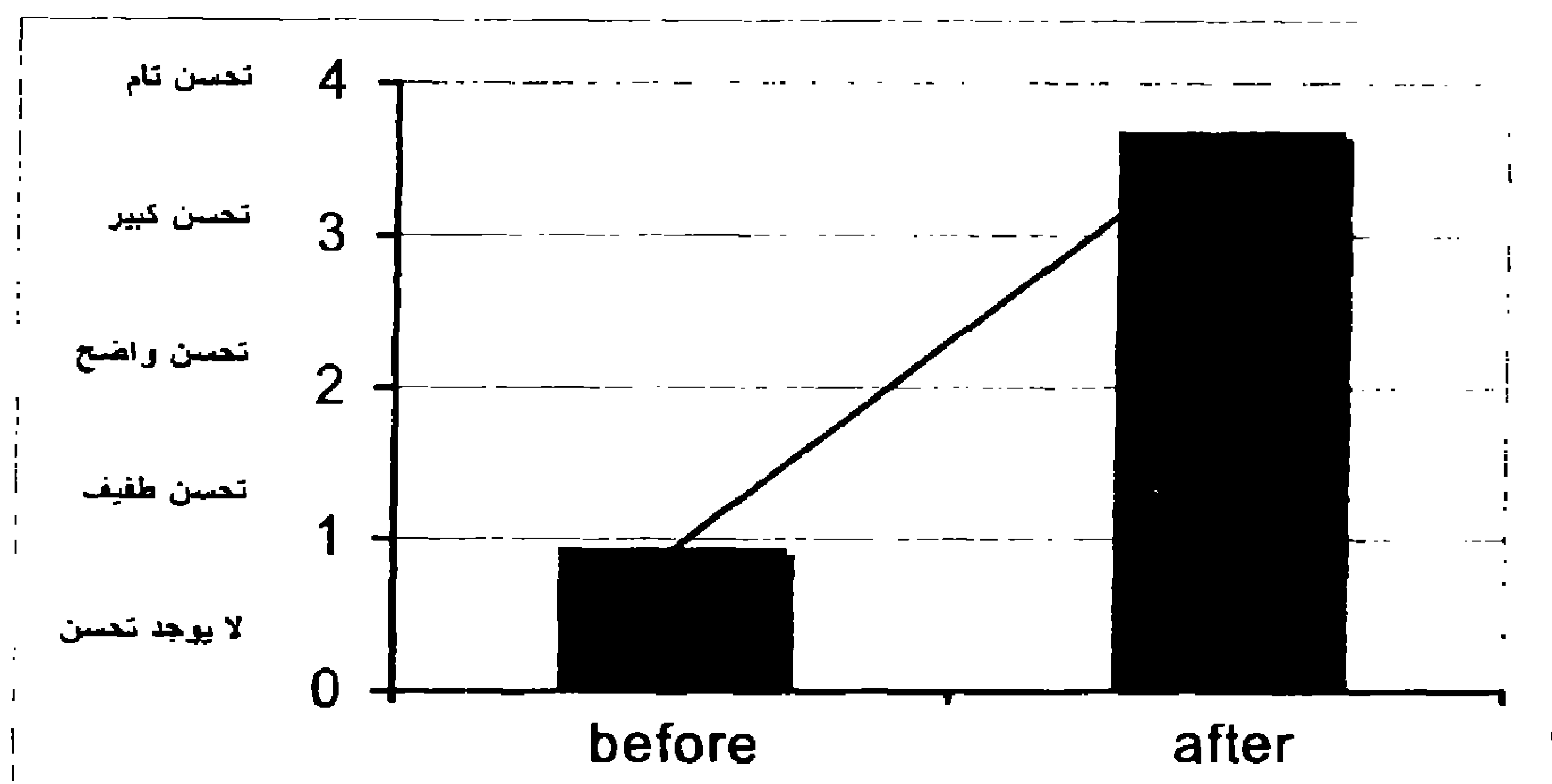
جدول (6)

الاختبار التائي لعينتين مترابطتين من المرضى لاختبار دلالة الفروق بين تقديرهم الذاتي للتحسن قبل وبعد العلاج (n=15)

الظرف العلاجي	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	
			المحسوبة *	الجدولية
قبل العلاج	0.93	0.59	17.83	4.14
بعد العلاج	3.66	0.48		

* الفروق بين القيم المحسوبة والجدولية دالة معنويا عند مستوى دلالة 0.001 وبدرجة حرية 14.

يظهر من الجدول (6) أن القيمة المستخرجة للاختبار التائي أكبر من الجدولية الأمر الذي يعني أن التحسن الذي طرأ على المرضى بعد تطبيق البرنامج العلاجي هو نتيجة لأثر هذا البرنامج الذي آتى ثماره في علاج الاضطرابات التحويلية التي كانوا يعانون منها.ويمكن توضيح ذلك في الشكل (8) الآتي:



شكل (7)

التحسن على مقياس التقدير الذاتي للتحسن لعينة البحث قبل وبعد العلاج (n=15)

رابعاً– لا توجد فروق ذات دلالة معنوية بين تقديرات المرضى لمعاناتهم قبل تطبيق البرنامج العلاجي وتقديراتهم للتحسن بعد التطبيق:

عمد الباحث من أجل اختبار هذه الفرضية إلى تطبيق مقياس تقدير المعاناة قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومقياس التحسن بعد تطبيق البرنامج العلاج على كل فرد في العينة -كما أسلف القول- وبما أن التحسن هو عكس المعاناة فقد عكس الباحث درجات تقدير التحسن، ثم استخدم الاختبار التائي t-test لعينتين مترابطتين (فيركسون،1991 :224) لمعالجة البيانات الناتجة من الفروق بين تقدير المريض لمعاناته قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبين تقديره لتحسنه بعد تطبيق البرنامج، ووجد أن القيمة التائية المحسوبة كانت 18.96، وهي دالة معنوياً، والجدول (7) الآتي يوضح ذلك:

جدول (7)

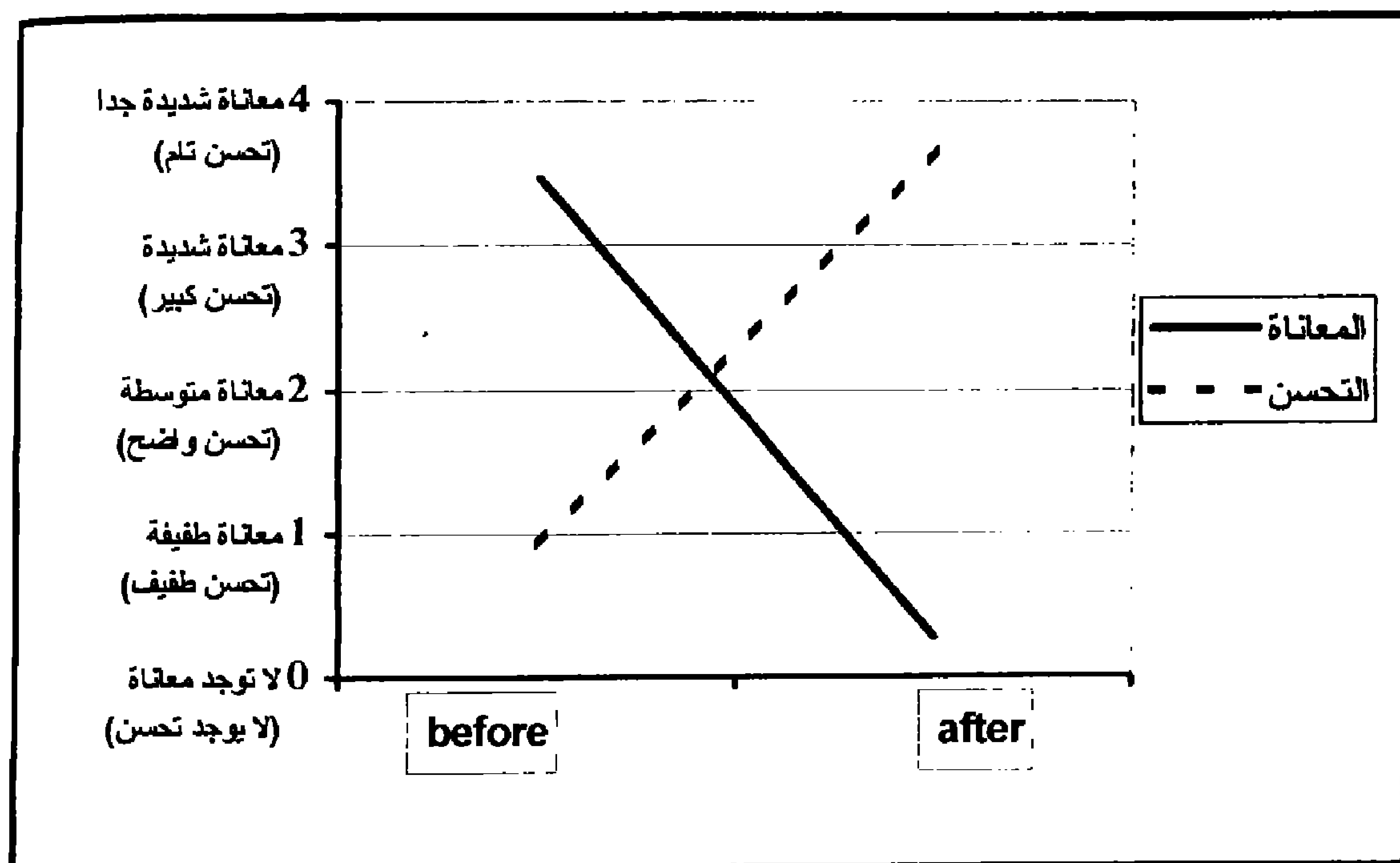
الاختبار التائي لعينتين مترابطتين من المرضى لاختبار دلالة الفروق بين تقديراتهم للمعاناة قبل العلاج وتقديراتهم للتحسن بعده (n=15)

الظرف العلاجي	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	
			المحسوبة *	الجدولية
المعاناة قبل العلاج	3.46	0.51	18.96	4.14
التحسن بعد العلاج	0.33	0.49		

الفروق بين القيم المحسوبة والجدولية دالة معنويا عند مستوى دلالة 0.001 وبدرجة حرية 14.

ظهر من خلال الجدول (7) أن القيمة التائية المحسوبة أكبر من الجدولية عند مستوى دلالة 0.001 وبدرجة حرية 14 ، وذلك يعني وجود فروق ذات دلالة معنوية في انخفاض

مستوى المعاناة وارتفاع تقدير التحسن الأمر الذي يعني أن الذين أتموا جلسات البرنامج الست استفادوا من البرنامج العلاجي الذي طبق عليهم وتجلى ذلك بانخفاض معاناتهم من جهة وارتفاع مقدار تحسنهم بشكل كبير. وبالإمكان توضيح ذلك في الشكل (8) الآتي:



شكل (8)

التحسن على مقياسي المعاناة والتحسن وفق التقدير الذاتي للمعاناة والتحسن قبل وبعد العلاج(n=15).

<u>خامساً – لا توجد فروق ذات دلالة معنوية بين تقديرات المرضى وتقديرات الأطباء لمعاناة المرضى قبل تطبيق البرنامج العلاجي:</u>

لغرض اختبار هذه الفرضية ولمعرفة الفروق بين تقديرات المرضى للمعاناة وتقديرات الأطباء للمعاناة أيضاً قبل تطبيق البرنامج العلاجي، اعتمد المعالج تقدير

المريض لمعاناته بنفسه بوضع إشارة (?) في الحقل الذي يقابل مقدار معاناته على مقيـاس المعاناة وتقدير الطبيب المحيل لمعاناة المريض نفسه في استمارة الإحالة قبل بدء العـلاج. وبعد اسـتخدام الاختبـار التـائي t-test لعينتيـن مسـتقلتين (فيركسـون ،1991: 226) (فيركسون،1991 :224) لمعالجة البيانات وجد أن الفروق بين التقديرات كانت دالة معنويـاً والجدول (8) الآتي يوضح ذلك:

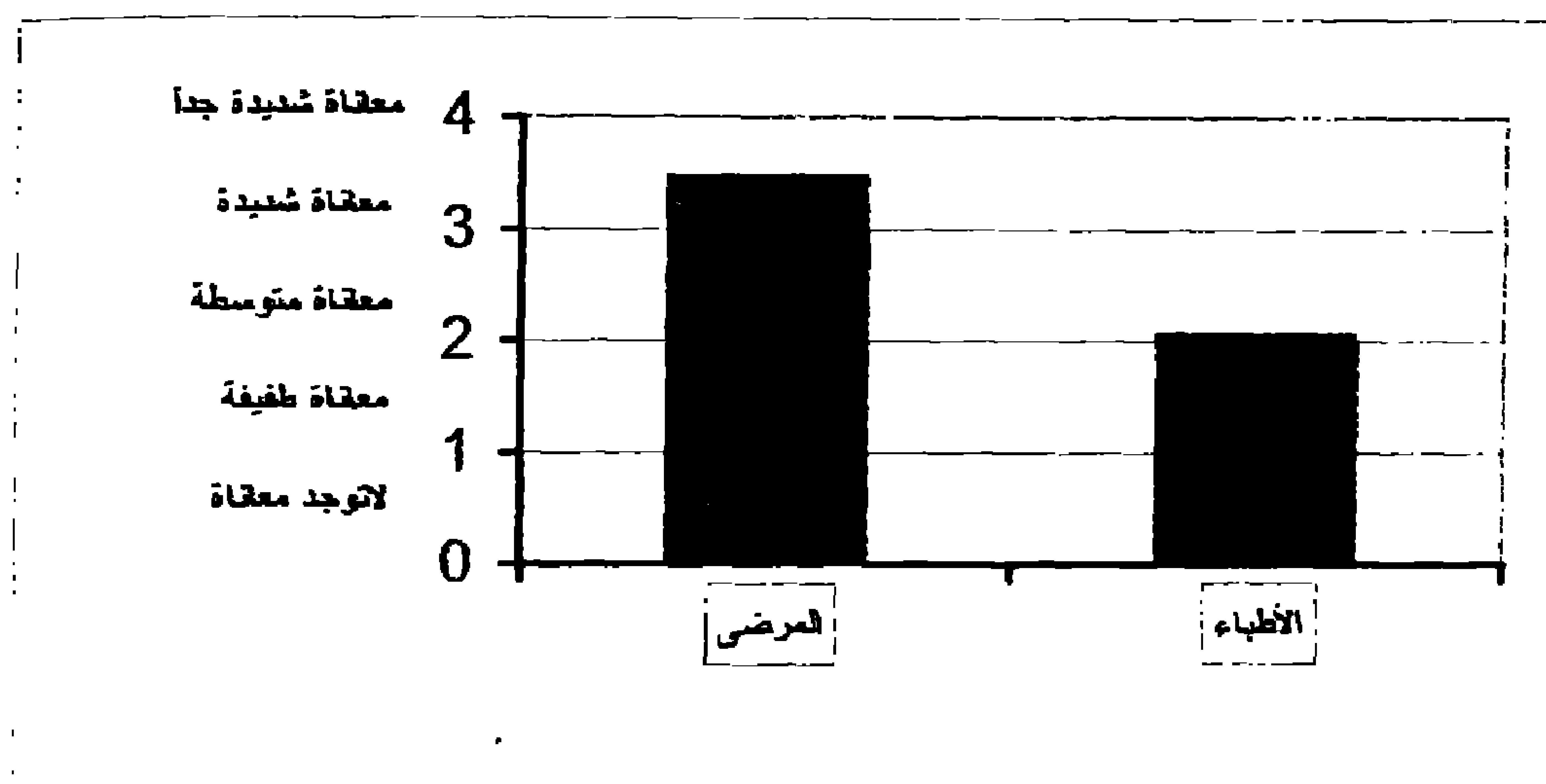
جدول (8)

الاختبار التائي لعينتين مترابطتين من المرضى لاختبار دلالة الفروق بين تقديراتهم وتقديرات الأطباء للمعاناة قبل العلاج (n=15)

نوع التقدير	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	
			المحسوبة*	الجدولية
تقدير المرضى	3.466	0.516	5.700	4.14
تقدير الأطباء	2.067	0.798		

* الفروق بين القيم المحسوبة والجدولية دالة معنوياً عند مستوى دلالة 0.001 وبدرجة حرية 28.

يوضح الجدول (8) أن الوسط الحسابي لتقدير المرضـى للمعانـاة كـان 3.466 والانحراف المعياري 0.516 في حين كان الوسط الحسابي لتقدير الأطباء للمعاناة أيضـا 2.067 والانحراف المعياري 0.798 وبعد استخدام الاختبار التائي t-test لعينتين مسـتقلتين (فيركسون،1991 : 226) ظهر أن القيمة التائية المستخرجة هي 5.700 وهي ذات دلالـة معنوية عند مستوى 0.001، لصالح المرضى مما يشير إلى أن المرضى أعطوا لمعاناتـهم تقديرات أعلى مقارنة بتقديرات الأطباء لهذه المعاناة أيضاً. ويمكن توضيح ذلك في الشـكل (9) الآتي:



شكل (9)

الفروق في تقدير شدة المعاناة المرضية بين تقديرات

المرضى وتقديرات الأطباء على مقياس شدة المعاناة (n=30)

2 مناقشة النتائج:

من خلال ما عرض من نتائج ومن النظر إلى الجدول (5) المذكور آنفاً يتبين أن نسبة إصابة أفراد عينة البحث الحالي بالاضطرابات التحولية بين الذكور كانت 27% وبين الإناث كانت 73% وهذا يعني أن نسبة التوزيع هذه تتقارب مع النسب التي أشارت إليها الدراسات السابقة التي بحثت في نسب انتشارها، ومن الدراسات الأجنبية دراسة هولندر Hollander 1980(Colarusso & Nemvoff,1982 :246) والعربية دراسة عكاشة 1976 (عكاشة،1984: 85) والعراقية دراسة الجبوري 1994 (الجبوري،1994 :83-87).

ويمكن تفسير ذلك بأنه قد يعود إلى تعزيز الأدوار الإعتمادية بين النساء إلى حد كبير في أثناء عملية التنشئة الاجتماعية، وإلى قابلية النساء العالية للايحاء، فضلاً عن ميل المرأة (بقدر أكبر) إلى التهرب من المواقف الضاغطة والمسؤولية، واستخدامها لوسائل

سلبية للتخلص من الصعوبات التي تواجهها. فيكون اللجوء إلى الاضطرابات التحولية (لكلا الجنسين، بيد أنه لدى المرأة أكثر) عبارة عن رسالة يفصح بها لاشعور المرء عن مكنوناته ورغباته، وبطريقة يسمع بها الآخر صوته بلسان الأعراض، بل ويجبره على الإذعان لمطالبه التي ربما لا يلبيها بغير هذه الطريقة، بدليل تغير وتحول هذه الأعراض من عضو إلى آخر وفقاً للهدف الرمزي، فضلاً عن أن هذه الاضطرابات تزداد مبالغة في الشرائح الاجتماعية التي لا تعرف معلومات كافية عن هذه الاضطرابات، وأنها تقل عندما يزود المضطرب بمعرفة صحيحة عن طبيعة هذه الاضطرابات، وهذا ما فعله الباحث فساعد على التخلص منها عند أفراد عينة البحث الحالي باستخدام التغيير المعرفي في أثناء حالات الوعي المتغيرة باستخدام التنويم الإيحائي.

يتضح من الجداول (4،5،6،7) السابقة في عرض النتائج أن برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي كان ذا أثر فعال في إحداث تغير واضح في الأعراض المرضية لأفراد العينة الذين عانوا من الاضطرابات التحولية، وقد ظهر ذلك من خلال الدرجات القبلية لمقياس الاضطرابات التحولية، فقد كانت أعلى درجة حصل عليها مفحوص هي 82 في حين كانت أدنى درجة حصل عليها مفحوص هي 69، ويعد المفحوص الذي يحصل على درجة 70 فأعلى داخلاً في ضمن فئة المصابين بالاضطرابات التحولية وفق معايير تصحيح مقياس المستنصرية-مينيسوتا المتعدد الأوجه (M-MMPI)، ومما تجدر الإشارة إليه هو ظهور 3 حالات حصلت على درجة 69 وهي أعلى درجة من درجات الذين لديهم اتجاهات وسلوكيات لها علاقة بديناميات الاضطرابات التحولية وأقرب إلى معيار الإصابة وفق معايير تصحيح مقياس المستنصرية-مينيسوتا المتعدد الأوجه (M-MMPI) (الصالحي،1998: 225). بيد أن هؤلاء المضطربين الثلاثة حصلوا على الدرجة 3 وفقاً لمقياس شدة المعاناة المرضية، إذ تعطى هذه الدرجة لمن يعاني معاناة شديدة، مما يدلل أن المعاناة قد تكون عالية نوعياً، أي أن شدة الاضطراب في العضو أو الوظيفة ربما تعود إلى ضغط أو أزمة قاسية يمر به المفحوص في الوقت الراهن. وهذا يعطي مؤشراً على أفضلية القياس بوسيلتين إحداهما تقيس مدى توافر الأعراض المرضية (مقياس الاضطرابات التحولية) والأخرى تقيس مدى شدة المعاناة من العرض نفسه (مقياس شدة

المعاناة)، أو التحسن منه (التقدير الذاتي للتحسن) بدلاً من الاعتماد علـــى وســيلة واحــدة فقط.

وبعد تطبيق البرنامج العلاجي بجلساته الست وإعادة تطبيق مقيــــاس الاضطرابـــات التحولية مرة أخرى على المراجعين أنفسهم، تبين أن أعلى درجة حصل عليها مفحـــوص هي 55، علماً أن الدرجات 45–59 هي الدرجة التي يعد فيها المفحوص سوياً من ناحيـــة الإصابة بالاضطرابات التحولية وفق معايير مقياس المستتصرية–مينيسوتا المتعدد الأوجــه (M-MMPI) (الصالحي،1998 :225). بيد أنه لوحظ أن ثمة 3 من المفحوصيـــن حصلـــوا على درجات 41–43–41 في حين كانت درجاتهم صفراً في تقدير المعاناة المرضية، ممـــا يدلل على أن الانخفاض الحاد في درجاتهم إلى هذا المستوى ليسْ نتيجـــة لخصـــائص أو حالة هؤلاء المفحوصين، بل يعود إلى تأثير متغير آخر أثر فيهم وهـــو العـــلاج بـــالتنويم الإيحائي.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج العديد من الدراسات والبحوث العلمية في هذا المجال، فقد توصلت دراسة غولد و كرانك Gould & Krynick 1989 إلى تأكيد فعالية العلاج بـــالتنويم الإيحائي للاضطرابات التحولية مقارنة بالاسترخاء (Gould & Krynick,1989 :110-117)

وانسجمت هذه النتائج مع دراسة غولان Golan 1989 فـــي عـــلاج مفـــاصل الفـــك الصدغي بوصفه أحد أعراض الاضطرابات التحولية الحركيـــة (Golan,1989 :269-274). ودراسة هارفي وآخرين Harvey et al 1989 في علاج تناذر الأمعاء التـــهيجي(Harvey et al,1989 :424-425). ودراسة سبنهوفين ولينســـن Spinhoven & Linssen 1989 التـــي تناولت علاج آلام أسفل الظهر التحولي بالتنويم الإيحـــائي(Spinhoven & Linssen,1989 :145-153). ودراسة ستانتون Stanton 1989 في علاج الأرق بوصفـــه عرضـــاً تحوليـــاً (Stanton,1989 :8-64). فقد أكدت هذه الدراسات جميعها كفاءة وفعالية العـــلاج بـــالتنويم الإيحائي في الاضطرابات التحولية.

وتوصلت دراسة كولبرت وآخرين Culbert et al 1996 إلى أن وسائل الضبط الذاتـــي ولاسيما التنويم الإيحائي، ذات فعالية عالية في علاج الاضطرابات التحولية (Culbert et al,1996 : 201-207).

واتفقت مع ما أشارت إليه دراسة كوهن Kohen 1996 عندما أبانت مدى فعالية التنويم الإيحائي في علاج حالات نتف الشعر بوصفها إحدى أعراض الاضطرابات التحولية (Kohen,1996 : 328-334). ودراسة جونسون Johnson 1996 في علاج من يشكون من حالة العنة الجنسية بوصفها إحدى الاضطرابات التحولية (Johnson,1996 :487-495). ودراسة آيدن وآخرين Aydin et al عام1997 (Aydin et al,1997 : 271-274).

ويمكن تفسير فعالية العلاج بالتنويم الإيحائي في الاضطرابات التحولية من خلال نظرية التفكك أو الانعزال dissociation theory في أثناء حالات الوعي المتغيرة لعالم النفس إرنست هيلجارد Ernest Hilgard التي ترى أنه خلال حالات الوعي المتغيرة (في ضمنها التنويم الإيحائي والاضطرابات التحولية) يتغير التحكم وتبدأ قوة الأنا المنفذ العادي normal executive ego system (الذي يتحكم في باقي الأجهزة في أثناء اليقظة) في الضعف، ونتيجة لهذه الهزة تصبح القدرات اللاإرادية إرادية والعكس بالعكس، ويصبح جهاز الأنا المنفذ العادي يقوم بدور الرقيب الخفي Hidden Observer (دافيدوف، 1988:316).

وبما أن هيلجارد يعد الاضطرابات التحولية هي اختلالات تحدث للذات في حالات الوعي المتغيرة إذ يؤدي ضعف قوة جهاز الأنا المنفذ العادي في السيطرة على السلوك والقدرات إلى ظهور هذه الاضطرابات بشكل لا إرادي ولا دخل للمريض بإحداثها شعورياً، وإن كانت لها دلالتها الرمزية فمن خلال حدوثها يحصل تعلم تسنده المواقف اللاحقة. ولأن هذه الاختلالات حصلت في أثناء حالات الوعي المتغيرة بشكل لا إرادي، ولكون التنويم الإيحائي هو أيضاً حالة من حالات الوعي المتغيرة بل هو أعمقها وأشدها فعالية وتأثيراً فإنه من الممكن استكشاف هذه الاختلالات وإصلاح التصدع الذي تحدثه هذه الاضطرابات في الشخصية حينما يكون الشخص تحت تأثير التنويم الإيحائي. إذ أنه ما دام الاختلال حصل في أثناء تغير الوعي فمن الممكن إذن إصلاحه وإعادة اللُّحمة إلى الذات في أثناء حالة الوعي المتغيرة المسيطر عليها من المعالج باتباع خطة منظمة وممنهجة بخطوات متسلسلة ومتناغمة، وذلك يحدث بالتنويم الإيحائي المبرمج الذي يعده معالج نفسي مستفيد من خلفيته العلمية في معرفة كيفية حدوث الاضطراب والأسباب أو الجذور النفسية العميقة التي تختبئ وراء الأعراض الجسمية، ليتسنى له البناء من بعد

الهدم، أي البناء السوي الجديد لذاته بما وهبه الله له من إمكانات وقدرات، بعد هدم البناء السابق الخاطئ، الذي جعله يغفل استثمارها، مبتدأً من النقطة التي سبقت ظهور هذه الأعراض، ومن ثم رأب الصدع وإعادة البناء، ثم لملمة الأشتات المتبقية، وإعادة صياغة مفهوم الذات بالشكل الإيجابي السوي الذي يتسق مع كونه -إنساناً- خليفة الله في الأرض وسيد الكائنات عليها ليعود له توافقه الذاتي والاجتماعي والبيئي. ولكون الاضطرابات التحولية تحدث من دون إدراك المضطرب لكيفية حدوثها، وهو في حالة اليقظة بل يعاني من الصراع الذي تعقبه الأعراض الجسمية لهذه الاضطرابات فقط، وهو يحاول عبثاً الخلاص منها في حالة الوعي العادية.

وتجدر الإشارة إلى أن الإيحاء يؤدي دوراً مهماً في الإصابة بهذه الأعراض فضلاً عن الدلالة الرمزية لها، فإن المضطرب غالباً ما يرى ويسمع آخرين قد أصيبوا بهذه الاضطرابات وهم في مثل هذه الحالة من الوعي، الأمر الذي يجنبهم مواقف تسبب لهم الصراع والإجهاد وتجعلهم محوراً لالتفاف الآخرين حولهم والاهتمام بهم. فضلاً عن أنها تجنبهم القيام بأعمال لا يرغبون بها.

إذ أن الشخص يتقمص شخصية صاحب هذه الأعراض -في الغالب- ومن ثم يتقبل الإيحاء أو يوحي لنفسه ذاتياً بهذه الأعراض. وهنا يمكن القول أنه أيضاً في حالات الوعي المتغيرة يمكن استئصال هذه الاضطرابات واستبدالها بسلوك آخر بواسطة الإيحاء أيضاً، وذلك ما يحصل في أثناء جلسات العلاج بواسطة التنويم الإيحائي. ومما يؤكد هذا القول أن العديد من المضطربين في بداية دخولهم الغشية التنويمية (حالة الوعي المتغيرة) تبدأ أعراض الاضطرابات التحولية بالظهور، وذلك لتشابه الغشية التحوليةConversion trance والغشية التنويمية Hypnotic trance (مع التأكيد أنهما ليستا شيئاً واحداً) ولاسيما في الجلسات الأولى. بيد أن قدرة المنوم الماهر تمكنه من الإمساك بزمام الأمور والحيلولة دون حدوث الهياج وظهور أعراض الاضطرابات التحولية. ومن ثم يقود عملية العلاج وفقاً للخطة العلاجية المنظمة وهي برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي ولذا يتطلب أن يكون المنوم-المعالج كفوءاً وذا خبرة علمية وعملية ومتدرب تدريباً كافياً قبل العلاج.

ومما تجدر الإشارة إليه، أنه من خلال الجدول (8) السابق يتبين أن ثمة فروقاً ذات دلالة معنوية بين تقديرات المرضى وتقديرات الأطباء لمعاناة المرضى، إذ أعطى

المرضى تقديراً أعلى لمعاناتهم مقارنة بتقديرات الأطباء، الأمر الذي يجعل مسألة البحث عن تفسير علمي لهذه الفروق تبدو ملحة وضرورية، ولذلك فإنه من الممكن تفسيرها بالآتي:

أ- المبالغة والتطرف لدى التحوليين، والذي يتجلى من خلال تقديراتهم لمعاناتهم لاستدرار العطف واستجلاب الاهتمام من لدن الآخرين، وهي من الخصائص المميزة لهم.

ب- أن تقدير الطبيب للمعاناة والتحسن يأتي إما من خلال الفحص الجسمي للعضو المصاب، وهذا لا يتأتى إلا في بعض حالات الاضطرابات التحولية لكون أكثرها ينصب في وظيفة العضو لا في بنيته، أو الاعتماد على شكوى المريض نفسه، فضلاً عن قلة اكتراث بعض الأطباء لمعاناة المريض الذي ربما ولَّده كثرة المراجعين لهم من المصابين بهذا النوع من الاضطرابات.

ج- أن المعاناة والتحسن يمكن أن تكون في الجانب النفسي الذي لا يمكن الإحاطة به إلا من قبل الشخص نفسه فضلاً عن الجانب الجسمي، كون الاضطراب وظيفياً - غالباً- لا بنيوياً، مما قد يسهم في صعوبة تقدير المعاناة والتحسن إلى حد ما.

3. التوصيات:

واستكمالا للجوانب ذات العلاقة بمجال البحث الحالي فقد أوصى الباحث بما يأتي :

أ- إمكانية استفادة المؤسسات الصحية، والمعالجين والمرشدين النفسيين، ومراكز البحوث، والجمعيات العلمية النفسية والتربوية من البرنامج الذي أعده الباحث، ومن النتائج التي توصل إليها البحث الحالي لتشخيص وعلاج من يعانون من الاضطرابات التحولية.

ب- تبصير القائمين بالعلاج الطبي والنفسي بالاضطرابات التحولية (ولاسيما بأشكالها الجديدة) وتفريقها بدقة عن الحالات الجسمية، ليتسنى لهم علاجها، أو توجيه المضطرب إلى المختص بعلاجها منذ البداية اختصاراً للوقت والجهد والكلفة، وتخفيفاً لمعاناة المريض من الآلام، والآثار الجانبية المحتملة للأدوية.

ج- توجيه الآباء والأمهات والقائمين بالعملية التربوية إلى اتخاذ أساليب واتجاهات تربوية وإرشادية سليمة، بعيدة عن التدليل الذي يقود إلى الاتكالية، والنبذ الذي يدفع الفرد إلى استجداء العطف والاهتمام. حتى لا يؤدي ذلك إلى الاضطرابات التحولية.

د- إرشاد الأمهات و المربين إلى عدم سرد القصص والحكايات الخرافية للطفل قبيل النوم، نظراً لأن الطفل في هذه المدة يكون في حالة وعي متغيرة، فيستدمج هذه الحكايات على أنها واقع، ومن ثم تنغرس في أعماقه لتفعل فعلها المؤثر لديه عند الكبر، وقد تكون نواة لأمراض نفسية كالاضطرابات التحولية والرهاب والوساوس القسرية فضلاً عن اضطرابات عقلية وسلوكية محتملة.

هـ- توعية الناس -من خلال وسائل التثقيف والإعلام- بعدم الذهاب إلى من يدعون العلاج بغير علم ولا هدى ولا كتاب منير، لكونهم: أولاً يمارسون الإيحاء بالمرض من خلال ما يوهمون به المرء بتشخيص حالته (بأسباب غير علمية غالباً) فيتقبل المريض تشخيصهم وثانياً إنهم يمارسون العلاج باستخدام طرائق إيحائية.

4- المقترحات:

واقترح الباحث عدداً من البحوث والدراسات الآتية :

أ- استخدام البرنامج الحالي لعلاج اضطرابات نفسية أخرى كالاضطرابات النفسجسمية وتوهم المرض والوساوس القهرية والمخاوف والرهاب والتعثر الدراسي، والعديد من مشكلات الحياة اليومية.

ب-إجراء دراسة مقارنة بين استخدام البرنامج الحالي وطرائق علاجية نفسية أخرى في علاج الاضطرابات التحولية.

ج- القيام بدراسة استكشافية شاملة لإيجاد معايير عربية لقابلية الأشخاص العاديين والمضطربين للتنويم الإيحائي.

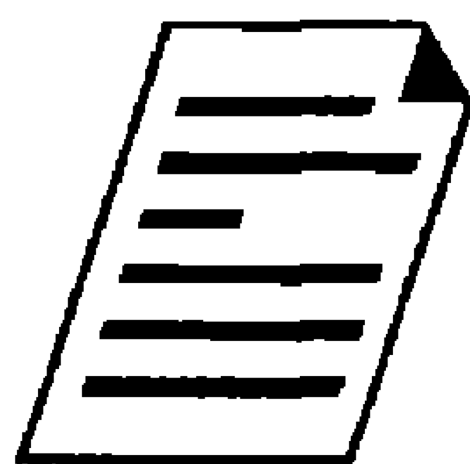
د- معرفة مدى ونسبة القدرة على التنويم الإيحائي لدى الأطباء والاختصاصيين النفسيين، وفقاً لمعايير عربية خاصة معدة لهذا الغرض.

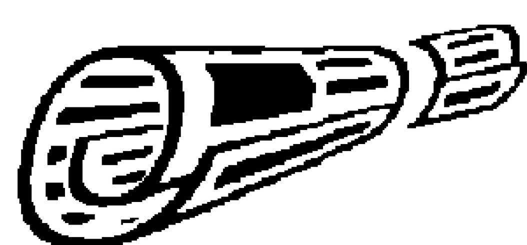
هـ- القيام بدراسة معمقة لمعرفة درجات التنويم الإيحائي. وما هي أنسب الأعمال التي يمكن تنفيذها خلال كل درجة.

و- إقامة دورات تثقيفية وتدريبية في التنويم الإيحائي للمختصين بالعلاج والإرشاد النفسي من نفسانيين وأطباء، بغية الاستفادة منها في علاج وإرشاد الأفراد المحتاجين لذلك.

ز- دراسة مقارنة بين طريقتي استخدام الحملقة، واستخدام الجهاز الذي صممه الباحث في إحداث التنويم الإيحائي.

الملاحق
Appendices





بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة بغداد
كلية الآداب
قسم علم النفس
الدكتوراه

ملحق (1)

برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي بصورته الأولية

الأستاذ الفاضل . المحترم

تحية طيبة ...

يروم الباحث بناء برنامج للعلاج بالتنويم الإيحائي للاضطرابات التحولية. وعرف التنويم الإيحائي بأنه: "حالة وعي متغيرة، تشبه النوم وتترافق بانحسار مدى الانتباه، تكف أو تقلل فيه الطاقة النفسية اللازمة لأية فعالية جسمية أو نفسية أو ذهنية، وتركز تركيزاً بؤرياً عالياً على فعالية أو أمر واحد في وقت واحد فيستغرق معظم طاقته، مما ينتج من ذلك فعالية عالية في تقبل إيحاءات وإيعازات المنوم وتنفيذها، إلى الحد الذي تحدث في النائم تغييراً جذرياً في جوانب عميقة من الوعي والشخصية والسلوك الآني واللاحق".

وعرفت الاضطرابات التحولية بأنها: "اضطراب تتحول فيه الأعراض من المجال النفسي إلى المجال الجسمي تحولاً جسمياً لأمور نفسية، يظهر على شكل أعراض جسمية من دون سبب عضوي واضح لتعني حلاً رمزياً للصراعات النفسية الصعبة أو تجنباً للمسؤوليات الناضجة، وهذا الالتجاء إلى الاضطراب الجسمي يظهر في ظل ظروف ضغوط معينة فقط". ومما يجدر ذكره أن معظم الأمراض الجسمية يمكن أن ترد عرضاً في الاضطرابات التحولية، بيد أن أهمها تتجلى بواحد أو أكثر من الأعراض المذكورة في الأهداف الخاصة بالبرنامج. يتضمن هذا البرنامج العلاجي ست جلسات علاجية ولمدة ثلاثة أسابيع بمعدل جلستين في الأسبوع، تستغرق الجلسة خمساً وأربعين دقيقة تستخدم

فيها تقنيات ومبادئ التنويم الإيحائي وفقاً للخطوات الخاصة بكل جلسة ضمن الهدف العام للبرنامج.

ونظراً لما هو معروف عنكم من خبرة ودراية علمية واسعة، يرجى منكم إبداء رأيكم وملاحظاتكم التي ترونها مناسبة بخصوص هذا البرنامج المقترح.

وتقبلوا فائق الشكر والتقدير...

الباحث/ طالب الدكتوراه

عبد الحافظ سيف غانم

والنقاط الأساسية التي يطمح الباحث إلى الحصول على ملاحظاتكم بشأنها بعد قراءة البرنامج، فضلاً عن مفردات البرنامج، هي:

ت	الموضوع	ملائم	غير ملائم	الملاحظات المقترحة
1	عدد الجلسات الكلي (6) جلسات.			
2	مدة البرنامج (3) أسابيع بمعدل جلستين في الأسبوع.			
3	مدة الجلسة الواحدة: (45) دقيقة.			
4	الخطوات الخاصة بكل جلسة.			
5	أعمار العينة (كما وردت في المقياس).			
6	استمارة الإحالة، ومقياس المعاناة.			
7	استمارة المعلومات العامة للمريض.			
8	استمارة الاتفاق بين المعالج والمريض.			
9	مقياس تقدير التحسن.			
10	استمارة متابعة المريض.			
11	التطبيق القبلي والبعدي لمقياس الاضطرابات التحولية.			
12	إضافة معلومات أخرى خاصة بالمريض.			

1. أهداف البرنامج:

أ- الهدف العام للبرنامج:

علاج الاضطرابات التّحولية.

ب- الأهداف الخاصة بالبرنامج:

معرفة أثر العلاج بالتنويم الإيحائي في الاضطرابات التّحولية الآتية: (الغصة، والغثيان والقيء، وصعوبة التركيز والاستقرار، واضطراب النوم، والصداع وآلام الرأس، والارتجافات والاختلاجات المختلفة، والشعور بالخمول والإنهاك، وقلة الشهية للطعام، وفقدان الصوت، والآلام الجسمية، والشلل وتقلص العضلات المفاجئ، والإغماء والدوار، وخفقان القلب، وضيق وفرط التنفس، واضطراب وفقدان الرؤية التحولي). من خلال تنفيذ الخطوات الخاصة بكل جلسة علاجية من جلسات البرنامج الست.

2 المحتوى الذي يتضمنه البرنامج:

يتضمن البرنامج ست جلسات علاجية، لمدة ثلاثة أسابيع بواقع جلستين في الأسبوع، تستغرق الجلسة العلاجية 45 دقيقة بشكل عام، يبدأ من الجلسة الأولى وحتى السادسة، وتقسم الجلسة العلاجية زمنياً إلى:

(1) 5 دقائق لمقابلة المريض وسؤاله عما طرأ عليه منذ الجلسة السابقة وتطبيق مقياس المعاناة.

(2) 10 دقائق للقيام بإجراءات تنويم المريض.

(3) 25 دقيقة للقيام بالخطوات الخاصة بالجلسة وفق ما يتطلبه المحتوى الخاص لكل جلسة.

(4) 5 دقائق لتقويم الجلسة يصف المريض فيها ما كان يشعر به أثناءها، ولتطبيق مقياس التحسن.

وتنفذ كل جلسة بشكل عام على النحو الآتي:

أ- مقابلة قصيرة يستفسر فيها من المريض عن الشكوى ونتائج الجلسة السابقة (إن لم تكن أول جلسة)، وما يود أن يطرحه، وتطبيق مقياس المعاناة.

ب- إجراءات التنويم كما سيذكر في المستلزمات لاحقاً.

ج- تنفيذ الخطوات الخاصة بكل جلسة متضمنة الإيحاء بالتنفس العميق، وتنشيط الدورة الدموية ابتداء من تنقية الدم في الرئتين ومروره بالقلب الذي يضخه بنشاط إلى عموم الجسم، والتركيز على العضو المصاب.

د- إجراءات الإيقاظ كما هي في المستلزمات.

هـ- تقويم الجلسة بسؤال المريض عما شعر به، وتطبيق مقياس تقدير التحسن والاتفاق على الموعد القادم.

وتنفذ كل جلسة مفصلة بشكل فردي وعلى النحو الآتي:

الجلسة الأولى:

تستهدف هذه الجلسة القيام بالخطوات الرئيسة التي يبدأها المعالج مع المريض ويحاول فيها المعالج كسب ثقة المريض وتجاوبه بدءاً من أول لقاء وحتى نهاية المدة العلاجية على النحو الآتي:

أ- تقديم المعالج نفسه وتخصصه العلمي للمريض.

ب- القيام بإجراءات التشخيص، وإعطاء المريض فكرة عن طبيعة حالته المرضية.

ج- إعطاء المريض فكرة عن البرنامج العلاجي المقترح يوضح فيها الهدف من هذا البرنامج.

د- توقيع استمارة الاتفاق بين المعالج والمريض على الجلسات العلاجية من حيث الزمان والمكان، وضرورة الالتزام بذلك.

هـ- ملء المريض استمارة المعلومات الخاصة به.

و- التطبيق القبلي لمقياس الاضطرابات التحولية.

ز- تنفيذ جلسة تنويمية تجريبية قصيرة للمريض، بهدف إزالة الرهبة من التنويم، وبث الطمأنينة، والإيحاء له بأنه مقبل على خبرة ممتعة وتعلم طريقة تفكير جديدة يدرك من خلالها ذاته وما حوله على نحو يجعله أكثر سعادة واستمتاعاً.

الجلسة الثانية:

تستهدف هذه الجلسة تقصي أسباب الاضطراب وكيفية حدوثها من خلال الخطوات الآتية:

أ- العودة بالمريض ذهنياً في أثناء التنويم إلى المدة التي سبقت بداية حدوث المرض.

ب- الإيعاز للمريض بالمرور بالخبرة التي أصيب فيها بالمرض لأول مرة، ووصفه لها بشكل تلقائي، مع الإيحاء له بالطمأنينة والاسترخاء في أثناء الوصف.

ج- سؤال المريض عما يعتقد أنها أسباب مرضه، ومناقشته في ذلك بغرض تبصيره بكيفية حدوث المرض الحالي، وعلاقته بالأسباب.

د- يطلب من المريض تلخيص الأسباب التي جعلت ذلك المرض يصيبه ومنطقية استمرارها لمعرفة كيفية فهمه للمرض وتعامله معه من وجهة نظره.

الجلسة الثالثة:

تستهدف هذه الجلسة غرس نظرة المريض الإيجابية لذاته وتقديرها، ومحاولة تحريره من الاعتماد على الآخرين، وفك أسره من الاضطراب من خلال الخطوات الآتية:

أ- الإيعاز بالتنفس العميق لعدة مرات، وتنشيط الدورة الدموية في الجسم (كما في الخطوة 3 من المستلزمات)، ولاسيما تنشيط خلايا الدماغ ليغدو أكثر فاعلية.

ب- لفت انتباهه إلى عدد خلايا الدماغ الهائل التي يمتلكها، وأنه سيجد أن ذهنه أصبح أكثر صفاءً وكفاءة وقدرة على توجيه الأوامر إلى العضو المصاب في التخلص من المرض الحالي، وأن يغدو أكثر كفاءة في تطوير قابلياته وقدراته.

ج- لفت انتباهه إلى استخلاف الله له كونه أقوى وأقدر الكائنات. مع التوضيح له كيف أنه خليفة الله في الأرض وسيد الكائنات عليها، وأن الله وهبه الإمكانات والقدرات

التي تؤهله للحياة على الأرض وتسخير ما عليها، وما عليه إلا أن يحسن التنقيب عنها ويستثمرها.

د- إبراز أية صفات أو مميزات جسمية أو ذهنية أو اجتماعية أو غيرها يمتلكها، والإشادة بها لتكون نقطة الانطلاق وحجر الزاوية التي يبني عليها تصوره الجديد عن ذاته وتوجهه نحوها.

هـ- توجيهه إلى توكيد ذاته واعتزازه بنفسه بحيث يقول للآخرين هاأنذا القوي. وأن ذلك يجعله أكثر قيمة وأهمية في نظر الآخرين، فمن المنطقي أن لا يستسلم للمرض ويستجدي عطف الآخرين وهو بهذه القوة والاقتدار.

الجلسة الرابعة:

تستهدف هذه الجلسة تفهم الأعراض والتغلب عليها من خلال تنفيذ الخطوات الآتية:

أ- تكرار التنفس العميق باستمرار بين الفترة والأخرى، وتنشيط الدورة الدموية في الجسم عامة وتوجيهها نحو تنشيط خلايا الدماغ خاصة.

ب- لفت انتباهه إلى عدد خلايا الدماغ الهائل التي يمتلكها، وأن دماغه أصبح أكثر صفاءً وكفاءة وفاعلية من ذي قبل في توجيه الأوامر إلى العضو المصاب في التخلص من المرض الحالي.

ج- التأكيد له بأن ظهور الأعراض في أوقات معينة من مواقف الحياة اليومية عامة والمواقف الضاغطة منها خاصة، كانت نوعاً من الهروب الذي لا يجدي نفعاً ولا يحل المشكلة بل يزيد الطين بلة، توقعه في حالة من الضعف والوهن، يجعله أقل قيمة في نظر نفسه والآخرين. وأنه الآن أقدر على التحرر منها والتغلب عليها كما حدث لمراجعين سابقين (وتذكر حالة مشابهة لحالته).

د- تكرار التأكيد والإيحاء له بعدم نسيان ذلك.

الجلسة الخامسة:

تستهدف هذه الجلسة التدريب على مجابهة الأعراض والتغلب عليها إجرائياً في أثناء التنويم، وذلك من خلال تنفيذ الخطوات الآتية:

أ- تكرار خطوات الجلسة الرابعة بشكل مختصر.

ب- مواجهة المريض بموقف تجريبي من اقتراح المعالج، وتتبعه خطوة خطوة، وتشجيعه على المقاومة وتبني الموقف الذهني الصحيح، وعدم الوهن أمام المرض.

ج- تكرار ذلك بموقفين مختلفين قريبي الشبه بمشكلته الحالية التي أوقعته بالمرض ومتابعته في الثاني أقل من الأول، أما في الثالث فينبغي تركه لوحده لتعزيز ثقته بنفسه واعتماده عيها.

الجلسة السادسة:

تستهدف هذه الجلسة تدريب المريض عملياً على الإيحاء الذاتي ووضع الخطوات النهائية لعملية العلاج وإيقاف المراجع على قدميه وعلى النحو الآتي:

أ- بدء هذه الجلسة بموقف يقترحه المريض ويضع طريقة للخلاص فيه من الوقوع في المرض في أثناء التنويم أولاً، ثم تكرار ذلك بعد الاستيقاظ وتشجيعه على ذلك. بهدف غرس الثقة في نفسه بأنه اصبح قادراً على مواجهة المواقف التي كان يهرب منها ويحتمي بالمرض.

ب- التطبيق النهائي لمقياس تقدير التحسن.

ج- ملء استمارة متابعة المريض.

د- التطبيق البعدي لمقياس الاضطرابات التحولية.

هـ- اختتام الجلسة بتوديع المراجع، والتأكيد له أنه أصبح أكثر قوة وثقة بنفسه، وذا نظرة متفائلة جديدة لذاته ولإمكاناته وقدراته ولما حوله، ولأنه أقل سلبية واعتماداً على الآخرين.

3 - مستلزمات تنفيذ البرنامج:

أ- اختيار مكان مناسب قليل المشتتات للانتباه، تتوفر فيه الظروف الفيزيقية المناسبة من ضوء، وحرارة، وهدوء (عدم وصول أصوات وضوضاء أو قطع الجلسة بدخول شخص).

ب- توفر الوسائل الآتية:

أولاً- نماذج الإحالة والمقاييس المشار إليها في هذا البرنامج.

ثانياً- الأدوات المستخدمة (كرسي، وساعة توقيت، وسرير مريح ذو مسند للرأس قابل للارتفاع والانخفاض).

ج- استخدام طريقة إحداث التنويم الإيحائي الخاصة بالباحث (المؤلف) *

د- تنفيذ محتوى كل جلسة وفقاً لخطواتها الخاصة.

هـ- إيقاظ النائم بعكس طريقة التنويم، وبشكل متدرج بعد إعطاء الإيحاءات بالنشاط والحيوية لما بعد الاستيقاظ بطرق جبهته ثلاثاً بإصبع المنوم.

4- إجراءات تقويم البرنامج:

تتم عملية تقويم فعالية برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي على النحو الآتي:

أ- قياس الاضطرابات التي يعاني منها المريض ككل بمقياس الاضطرابات التّحولية قبل العلاج، لغرض معرفة مدى درجة ووجود أعراض الاضطرابات التّحولية لدى المريض. ثم قياس الاضطرابات التّحولية بعد انتهاء مدة البرنامج العلاجي المقررة، لغرض معرفة أثر البرنامج العلاجي المقترح في تلك الاضطرابات.

ب- الاعتماد على مقياس تقدير المريض والطبيب المختص (كما هو موضح في استمارة الإحالة) للمعاناة من الاضطراب الذي يتضمن تدرجاً من (صفر إلى أربعة) تمثل هذه التقسيمات الخمسة شدة المعاناة، إذ يمثل الرقم (0) عدم المعاناة، والرقم (1) وجود

---

* يمكن لمن يريد الاستفادة من طريقة المؤلف الخاصة بإحداث عملية التنويم الإيحائي (المغناطيسي) مفصلة مراجعته في جامعة صنعاء، أو في مركز النفس المطمئنة بصنعاء.

معاناة طفيفة، والرقم (2) وجود معاناة متوسطة، والرقم (3) وجود معاناة شديدة، والرقم (4) معاناة من آلام شديدة جداً.

ج- تقدير مدى تحسن المريض على مقياس تقدير التحسن، والذي يتضمن تدرجاً خماسياً يمتد من (الصفر إلى الأربعة)، إذ يمثل الرقم (0) عدم التحسن، والرقم (1) تحسناً طفيفاً، والرقم (2) تحسناً واضحاً، والرقم (3) تحسناً كبيراً، والرقم (4) شفاءً تاماً وخلو من الأعراض السابقة.

د- تقدير المعاناة من وجهة نظر المريض نفسه على مقياس المعاناة قبل كل جلسة علاجية، وتقدير مدى تحسنه بعد كل جلسة علاجية، وبعد الانتهاء من البرنامج ككل، بمقياس تقدير التحسن.

ملحق (1-أ)

استمارة الإحالة

الاسم:

الجنس: ذكر ◯ أنثى ◯ العمر:

الشكـــــــوى:

الأخ الطبيب الاختصاصي: المحترم

تحية طيبة وبعد ..

نحيل إليك المراجع الموضحة بياناته وشكواه أعلاه، نرجو إجراء الفحوص الطبية له، للتأكد من أن مرضه لا يعود إلى أسباب جسمية، كما نرجو التفضل بتقدير درجة معاناتـــه على المقياس أدناه.

ولكم الشكر والتقدير ،،،

المعالج النفسي: د/عبد الحافظ الخامري

الاخ المعالج النفسي .... نحيل إليكم هذه الحالة، بعد أن تبين لنا من خلال الفحـــوص أن معاناتها لا تعود إلى أسباب عضوية. مع التقدير.

التشخيص:

العضو المصاب:

مقياس المعاناة

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة حداً

التوقيع:

اسم الطبيب المحيل:

التاريخ:

ملحق (أ-ب)

استمارة الاتفاق على إجراء العلاج النفسي

الرقم:

التاريخ:

تم الاتفاق بين المريض ( ).

والمعالج النفسي ( ). على علاج الاضطرابات

التي يشكو منها المريض متمثلة في (

)

بتطبيق برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي المعد من قبل المعالج والذي يتكون من ست جلسات علاجية، وبواقع جلستين أسبوعياً لمدة ثلاثة أسابيع، تستغرق كل جلسة خمس وأربعون دقيقة، ابتداءً من يوم ( ) بتاريخ ( ) في ( ) وانتهاءً بيوم ( ) بتاريخ ( ) بمشيئة الله.

بعد أن استوضح المريض من المعالج كنه وتفاصيل هذا الأسلوب قبل العلاج، والنتائج المحتملة له. وبرغبة وتعاون تام.

اسم المريض وتوقيعه **المعالج النفسي**

ملحق (1-ج)

استمارة المعلومات الخاصة بالمريض

الرقم:

التاريخ:

- الاسم:

العمر :

- الجنس: ◯ ذكر ◯ أنثى
- نوع الاضطراب:
- العنوان
- رقم الهاتف:
- المهنة:
- التحصيل الدراسي:
- الحالة الزوجية:
- هل سبق أن عولجت من هذا الاضطراب ؟ لا( ) نعم ( )

(أذكر المدة):

- مدة المعاناة من الأعراض الحالية:
- ما هو العلاج الذي سبق وأن استخدمته ؟
- هل تحسنت حالتك بعد العلاج ؟ نعم ( )، لا ( )
- هل هناك شخص في العائلة يعاني الأعراض نفسها التي تعاني منها ؟

نعم ( )، لا ( )أو حالة مرضية أخرى ؟ اذكرها.

- هل تزداد معاناتك المرضية عندما تكون بظروف نفسية صعبة؟

نعم ( )، لا ( ).

ملحق (1-د)

مقياس شدة المعاناة

أخي المراجع الكريم نرجو وضع إشارة (?) في الحقل الذي تراه يعبر عن درجة شدة المعاناة التي تجدها من الاضطرابات التي تشكو منها: ولك الشكر والتقدير،،،

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً
قبل الجلسة الأولى					

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً
قبل الجلسة الثانية					

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً
قبل الجلسة الثالثة					

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً
قبل الجلسة الرابعة					

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً
قبل الجلسة الخامسة					

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً
قبل الجلسة السادسة					

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً
بعد نهاية العلاج					

التوقيع: الاسم: التاريخ:

ملحق (1-هـ)

مقياس تقدير التحسن

أخي المراجع الكريم نرجو وضع إشارة (?) في الحقل الذي تراه يعبر عن درجة التحسن الذي تجده من خلال البرنامج العلاجي الذي تتلقاه. مع التقدير ،،

درجة التحسن قبل بداية العلاج	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام

درجة التحسن بعد الجلسة الأولى	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام

درجة التحسن بعد الجلسة الثانية	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام

درجة التحسن بعد الجلسة الثالثة	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام

درجة التحسن بعد الجلسة الرابعة	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام

درجة التحسن بعد الجلسة الخامسة	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام

درجة التحسن بعد الجلسة السادسة	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام

درجة التحسن بعد نهاية العلاج	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام

التوقيع: الاسم: التاريخ:

ملحق (1-و)

استمارة متابعة المريض

أ- الاسم: ب - الجنس:

ج- نوع الاضطراب:

تقدير المريض لدرجة المعاناة بعد العلاج	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً

د - تقدير المريض لمعاناته قبل كل جلسة علاجية والتحسن بعدها على النحو الآتي:

رقم الجلسة	درجة المعاناة قبل الجلسة	درجة التحسن بعد الجلسة	التاريخ	الملاحظات
1				
2				
3				
4				
5				
6				

هـ ـ نسخة من استمارة الاتفاق بين الباحث والمريض.

و ـ استمارة المعلومات الخاصة بالمريض.

اسم وتوقيع المريض: التاريخ:

ملحق-2

أسماء الخبراء (المحكمين) في برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي

أساتذة علم النفس:

ت	اللقب	الاسم	الكلية	الجامعة
1	الأستاذ الدكتور	إبراهيم الكناني	الآداب	المستنصرية
2	الأستاذ الدكتور	احمد عبد اللطيف وحيد	الآداب	بغداد
3	الأستاذ الدكتور	خليل إبراهيم رسول	الآداب	بغداد
4	الأستاذ م/الدكتور	صباح حسين العجيلي	التربية	بغداد
5	الأستاذ الدكتور	عبد الجليل مرتضى التميمي	الآداب	بغداد
6	الأستاذ	قاسم حسين صالح	الآداب	بغداد
7	الأستاذ	كامل علوان الزبيدي	الآداب	بغداد
8	الأستاذ م/الدكتورة	نادية شعبان مصطفى	التربية	المستنصرية
9	الأستاذ الدكتور	وهيب مجيد الكبيسي	الآداب	بغداد

الأطباء النفسيين:

ت	اللقب	الاسم	الجهة
10	أستاذ الطب النفسي والسلوكي	طارق فحل الكبيسي	كلية الطب-جامعة بغداد
11	اختصاصي الطب النفسي	طه ياسين النعمة	مستشفى الرشيد العسكري
12	اختصاصي الطب النفسي	عاهد حسني	مستشفى القوة الجوية
13	أستاذ الطب النفسي	عبد المناف الجادري	كلية الطب-جامعة بغداد
14	أستاذ مساعد الطب النفسي	محمد عبد الحميد السامرائي	كلية صدام الطبية

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة بغداد
كلية الآداب
قسم علم النفس
الدكتوراه

ملحق (3)

برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي بصورته النهائية

برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي للاضطرابات التحولية. عرف فيه التنويم الإيحائي بأنه: "حالة وعي متغيرة، تشبه النوم وتترافق بانحسار مدى الانتباه، تكفُ أو تقلل فيه الطاقة النفسية اللازمة لأية فعالية جسمية أو نفسية أو ذهنية، وتركز تركيزاً بؤرياً عالياً على فعالية أو أمر واحد في وقت واحد فيستغرق معظم طاقته، مما ينتج من ذلك فعالية عالية في تقبل إيحاءات وإيعازات المنوم وتنفيذها، إلى الحد الذي تحدث في النائم تغييراً جذرياً في جوانب عميقة من الوعي والشخصية والسلوك الآني واللاحق ".

وعرفت الاضطرابات التحولية بأنها: "اضطراب تتحول فيه الأعراض من المجال النفسي إلى المجال الجسمي تحولاً جسمياً لأمور نفسية، يظهر على شكل أعراض جسمية من دون سبب عضوي واضح لتعني حلاً رمزياً للصراعات النفسية الصعبة أو تجنباً للمسؤوليات الناضجة، وهذا الالتجاء إلى الاضطراب الجسمي يظهر في ظل ظروف ضغوط معينة فقط". ومما يجدر ذكره أن معظم الأمراض الجسمية يمكن أن ترد عرضاً في الاضطرابات التحولية بيد أن أهمها تتجلى بواحد أو أكثر من الأعراض المذكورة في الأهداف الخاصة للبرنامج. ويتضمن هذا البرنامج العلاجي ست جلسات علاجية، ولمدة ثلاثة أسابيع بمعدل جلستين في الأسبوع، تستغرق الجلسة خمساً وأربعين دقيقة يتم فيها استخدام تقنيات ومبادئ التنويم الإيحائي وفقاً للخطوات الخاصة بكل جلسة ضمن الهدف العام للبرنامج.

1. أهداف البرنامج:

أ- الهدف العام:

علاج الاضطرابات التّحولية.

ب- الأهداف الخاصة:

معرفة أثر العلاج بالتنويم الإيحائي في الاضطرابات التّحولية الآتية: (الغصة، والغثيان والقيء، وصعوبة التركيز والاستقرار، واضطراب النوم، والصداع وآلام الرأس، والارتجافات والاختلاجات المختلفة، والشعور بالخمول والإنهاك، وقلة الشهية للطعام، وفقدان الصوت، والآلام الجسمية، والشلل وتقلص العضلات المفاجئ، والإغماء والدوار، وخفقان القلب، وضيق وفرط التنفس، واضطراب وفقدان الرؤية التحولي). من خلال تنفيذ الخطوات الخاصة بكل جلسة علاجية من جلسات البرنامج الست.

2 المحتوى الذي يتضمنه البرنامج:

يتضمن البرنامج ست جلسات علاجية، لمدة ثلاثة أسابيع بواقع جلستين في الأسبوع، تستغرق الجلسة العلاجية 45 دقيقة بشكل عام يبدأ من الجلسة الأولى وحتى السادسة، وتقسم الجلسة العلاجية زمنياً إلى:

(1) 5 دقائق لمقابلة المريض وسؤاله عما طرأ عليه منذ الجلسة السابقة وتطبيق مقياس المعاناة.

(2) 10 دقائق للقيام بإجراءات تنويم المريض.

(3) 25 دقيقة للقيام بالخطوات الخاصة بالجلسة وفقاً لما يتطلبه المحتوى الخاص بكل جلسة.

(4) 5 دقائق لتقويم الجلسة يصف المريض فيها ما كان يشعر به أثناءها، ولتطبيق مقياس التحسن.

وتنفذ كل جلسة بشكل عام على النحو الآتي:

أ- مقابلة قصيرة يستفسر فيها من المريض عن الشكوى ونتائج الجلسة السابقة (إن لم تكن أول جلسة)، وما يود أن يطرحه، وتطبيق مقياس المعاناة.

ب- إجراءات التنويم كما سيذكر في المستلزمات لاحقاً.

ج- تنفيذ الخطوات الخاصة بكل جلسة متضمنة الإيحاء بالتنفس العميق، وتنشيط الدورة الدموية ابتداءً من تنقية الدم في الرئتين ومروره بالقلب الذي يضخه بنشاط إلى عموم الجسم، والتركيز على العضو المصاب.

د- إجراءات الإيقاظ كما هي في المستلزمات.

هـ- تقويم الجلسة بسؤال المريض عما شعر به، وتطبيق مقياس تقدير التحسن والاتفاق على الموعد القادم.

وتنفذ كل جلسة مفصلة بشكل فردي وعلى النحو الآتي:

الجلسة الأولى:

تستهدف هذه الجلسة القيام بالخطوات الرئيسة التي يبدأها المعالج مع المريض ويحاول فيها المعالج كسب ثقة المريض وتجاوبه بدءاً من أول لقاء وحتى نهاية المدة العلاجية على النحو الآتي:

أ- تقديم المعالج نفسه وتخصصه العلمي للمريض.

ب- القيام بإجراءات التشخيص، وإعطاء المريض فكرة عن طبيعة حالته المرضية.

ج- إعطاء المريض فكرة عن البرنامج العلاجي المقترح يوضح فيها الهدف من هذا البرنامج.

د- توقيع استمارة الاتفاق بين المعالج والمريض على الجلسات العلاجية من حيث الزمان والمكان، وضرورة الالتزام بذلك.

هـ- ملء المريض استمارة المعلومات الخاصة به.

و- التطبيق القبلي لمقياس الاضطرابات التحولية.

ز- تنفيذ جلسة تنويمية تجريبية قصيرة للمريض، بهدف إزالة الرهبة من التنويم، وبث الطمأنينة، والإيحاء له بأنه مقبل على خبرة ممتعة وتعلم طريقة تفكير جديدة يدرك من خلالها ذاته وما حوله على نحو يجعله أكثر سعادة واستمتاعاً.

الجلسة الثانية:

تستهدف هذه الجلسة تقصي أسباب الاضطراب وكيفية حدوثها من خلال الخطوات الآتية:

أ- العودة بالمريض ذهنياً في أثناء التنويم إلى المدة التي سبقت بداية حدوث المرض.

ب- الإيعاز للمريض بالمرور بالخبرة التي أصيب فيها بالمرض لأول مرة، ووصفه لها بشكل تلقائي، مع الإيحاء له بالطمأنينة والاسترخاء في أثناء الوصف.

ج- سؤال المريض عما يعتقد أنها أسباب مرضه، ومناقشته في ذلك بغرض تبصيره بكيفية حدوث المرض الحالي، وعلاقته بالأسباب.

د- يطلب من المريض تلخيص الأسباب التي جعلت ذلك المرض يصيبه ومنطقية استمرارها لمعرفة كيفية فهمه للمرض وتعامله معها من وجهة نظره.

الجلسة الثالثة:

تستهدف هذه الجلسة غرس نظرة المريض الإيجابية إلى ذاته وتقديرها، ومحاولة تحريره من الاعتماد على الآخرين، وفك أسره من الاضطراب من خلال الخطوات الآتية:

أ- الإيعاز بالتنفس العميق لعدة مرات، وتنشيط الدورة الدموية في الجسم (كما في الخطوة 3 من المستلزمات)، ولاسيما تنشيط خلايا الدماغ ليغدو أكثر فاعلية.

ب- لفت انتباهه إلى عدد خلايا الدماغ الهائل التي يمتلكها، وأنه سيجد أن ذهنه أصبح أكثر صفاءً وكفاءة وقدرة على ... به الأوامر إلى العضو المصاب في التخلص من المرض الحالي، وأن يغدو أكثر كفاءة في تطوير قابلياته وقدراته.

ج- لفت انتباهه إلى استخلاف الله له كونه أقوى وأقدر الكائنات، مع التوضيح له كيف أنه خليفة الله في الأرض وسيد الكائنات عليها، وأن الله وهبه الإمكانات والقدرات التي تؤهله للحياة على الأرض وتسخير ما عليها، وما عليه إلا أن يحسن التنقيب عنها ويستثمرها.

د- إبراز أية صفات أو مميزات جسمية أو ذهنية أو اجتماعية أو غيرها يمتلكها، والإشادة بها لتكون نقطة الانطلاق وحجر الزاوية التي يبني عليها تصوره الجديد عن ذاته وتوجهه نحوها.

هـ- توجيهه إلى توكيد ذاته واعتزازه بنفسه بحيث يقول للآخرين هاأنذا القوي. وكيف أن ذلك يجعله أكثر قيمة وأهمية في نظر الآخرين، فمن المنطقي أن لا يستسلم للمرض ويستجدي عطف الآخرين وهو بهذه القوة والاقتدار.

الجلسة الرابعة:

تستهدف هذه الجلسة تفهم الأعراض والتغلب عليها من خلال تنفيذ الخطوات الآتية:

أ- تكرار التنفس العميق باستمرار بين فترة وأخرى، وتنشيط الدورة الدموية في الجسم عامة وتوجيهها نحو تنشيط خلايا الدماغ خاصة.

ب- لفت انتباهه إلى عدد خلايا الدماغ الهائل التي يمتلكها، وأن دماغه أصبح أكثر صفاءً وكفاءة وفاعلية من ذي قبل في توجيه الأوامر إلى العضو المصاب في التخلص من المرض الحالي.

ج- التأكيد له بأن ظهور الأعراض في أوقات معينة من مواقف الحياة اليومية عامة والمواقف الضاغطة منها خاصة، كانت نوعاً من الهروب الذي لا يجدي نفعاً ولا يحل المشكلة بل يزيد الطين بلة، توقعه في حالة من الضعف والوهن. يجعله أقل قيمة في نظر نفسه والآخرين. وأنه الآن أقدر على التحرر منها والتغلب عليها كما حدث لمراجعين سابقين (وتذكر حالة مشابهة لحالته).

د- تكرار التأكيد والإيحاء له بتذكر وتفعيل كل ما تم في هذه الجلسة.

الجلسة الخامسة:

تستهدف هذه الجلسة التدريب على مجابهة الأعراض والتغلب عليها إجرائياً في أثناء التنويم، وذلك من خلال تنفيذ الخطوات الآتية:

أ- تكرار خطوات الجلسة الرابعة بشكل مختصر ووافٍ.

ب- مواجهة المريض بموقف تجريبي من اقتراح المعالج، وتتبعه خطوة خطوة، وتشجيعه على المقاومة وتبني الموقف الذهني الصحيح، وعدم الوهن أمام المرض.

ج- تكرار ذلك الموقف بموقفين مختلفين قريبي الشبه بمشكلته الحالية التي أوقعته بالمرض ومتابعته في الثاني أقل من الموقف الأول، أما في الثالث فينبغي تركه لوحده لتعزيز ثقته بنفسه واعتماده عليها.

الجلسة السادسة:

تستهدف هذه الجلسة تدريب المريض عملياً على الإيحاء الذاتي ووضع الخطوات النهائية لعملية العلاج وإيقاف المراجع على قدميه وعلى النحو الآتي:

أ- بدء هذه الجلسة بموقف يقترحه المريض ويضع طريقة للخلاص فيه من الوقوع في المرض في أثناء التنويم أولاً، ثم تكرار ذلك بعد الاستيقاظ وتشجيعه على ذلك. بهدف غرس الثقة بنفسه بأنه اصبح قادراً على مواجهة المواقف وتحمل الأزمات التي كان يهرب منها ويحتمي باللجوء إلى المرض.

ب- التطبيق النهائي لمقياس تقدير التحسن.

ج- ملء استمارة متابعة المريض وحفظها بملف خاص.

د- التطبيق البعدي لمقياس الاضطرابات التَّحولية.

هـ- اختتام الجلسة بتوديع المراجع، والتأكيد له أنه أصبح أكثر قوة وثقة بنفسه، وذا نظرة متفائلة جديدة لذاته ولإمكاناته وقدراته ولما حوله، وأنه أقل سلبية واعتماداً على الآخرين.

3- مستلزمات تنفيذ البرنامج:

أ- اختيار مكان مناسب قليل المشتتات للانتباه، تتوفر فيه الظروف الفيزيقية المناسبة من ضوء، وحرارة، وهدوء (عدم وصول أصوات وضوضاء أو قطع الجلسة بدخول شخص).

ب- توفر الوسائل الآتية:

أولاً- نماذج الإحالة والمقاييس المشار إليها في هذا البرنامج.

ثانياً- الأدوات المستخدمة (كرسيان، وساعة توقيت، وسرير مريح ذو مسند للرأس قابل للارتفاع والانخفاض).

ج- استخدام طريقة إحداث التنويم الإيحائي الخاصة بالباحث (المؤلف) *

د- تنفيذ محتوى كل جلسة وفقاً لخطواتها الخاصة.

هـ- إيقاظ النائم بعكس طريقة التنويم، وبشكل متدرج بعد إعطاء الإيحاءات بالنشاط والحيوية لما بعد الاستيقاظ بطرق جبهته ثلاثاً بإصبع المنوم.

4- إجراءات تقويم البرنامج:

تتم عملية تقويم فعالية برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي على النحو الآتي:

أ- قياس الاضطرابات التي يعاني منها المريض ككل بمقياس الاضطرابات التّحولية قبل العلاج، لغرض معرفة مدى درجة ووجود أعراض الاضطرابات التّحولية لدى المريض. ثم قياس الاضطرابات التّحولية بعد انتهاء مدة البرنامج العلاجي المقررة، لغرض معرفة أثر البرنامج العلاجي المقترح في تلك الاضطرابات.

ب- الاعتماد على مقياس تقدير المريض والطبيب المختص (كما هو موضح في استمارة الإحالة) للمعاناة من الاضطراب الذي يتضمن تدرجاً من (صفر إلى أربعة) تمثل هذه التقسيمات الخمسة شدة المعاناة، إذ يمثل الرقم (0) عدم المعاناة، والرقم (1) وجود

---

* يمكن لمن يريد الاستفادة من طريقة المؤلف الخاصة بإحداث عملية التنويم الإيحائي (المغناطيسي) مفصلة مراجعته في جامعة صنعاء أو في مركز النفس المطمئنة بصنعاء.

معاناة طفيفة، والرقم (2) وجود معاناة متوسطة، والرقم (3) وجود معاناة شديدة، والرقم (4) معاناة من آلام شديدة جداً.

ج- تقدير مدى تحسن المريض على مقياس تقدير التحسن، والذي يتضمن تدرجاً خماسياً يمتد من (الصفر إلى الأربعة)، إذ يمثل الرقم (0) عدم التحسن، والرقم (1) تحسناً طفيفاً، والرقم (2) تحسناً واضحاً، والرقم (3) تحسناً كبيراً، والرقم (4) شفاءً تاماً وخلواً من الأعراض السابقة.

د- تقدير المعاناة من وجهة نظر المريض نفسه على مقياس المعاناة قبل كل جلسة علاجية، وتقدير مدى تحسنه بعد كل جلسة علاجية، وبعد الانتهاء من البرنامج ككل، بمقياس تقدير التحسن.

ملحق (3-أ)

استمارة الإحالة

الاسم:

الجنس: ذكر ◯ أنثى ◯ العمر:

الشكـــــوى:

الأخ الطبيب الاختصاصي: المحترم

تحية طيبة وبعد ..

نحيل إليك المراجع الموضحة بياناته وشكواه أعلاه، نرجو إجراء الفحوص الطبية له، للتأكد من أن مرضه لا يعود إلى أسباب جسمية، كما نرجو التفضل بتقدير درجة معاناتـــه على المقياس أدناه.

ولكم الشكر والتقدير ،،،

المعالج النفسي: د/عبد الحافظ الخامري

الأخ المعالج النفسي .... نحيل إليكم هذه الحالة، بعد أن تبين لنا من خلال الفحـــوص أن معاناتها لا تعود إلى أسباب عضوية. مع التقدير.

التشخيص:

العضو المصاب:

مقياس المعاناة

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة حداً

التوقيع:

اسم الطبيب المحيل:

التاريخ:

ملحق (3-ب)

استمارة الاتفاق على إجراء العلاج النفسي

الرقم:

التاريخ:

تم الاتفاق بين المريض ( ).

والمعالج النفسي ( ). على علاج الاضطرابات

التي يشكو منها المريض متمثلة في (

)

بتطبيق برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي المعد من قبل المعالج والذي يتكون من ست جلسات علاجية، وبواقع جلستين أسبوعياً لمدة ثلاثة أسابيع، تستغرق كل جلسة خمس وأربعون دقيقة، ابتداءً من يوم ( ) بتاريخ ( ) في ( ) وانتهاءً بيوم ( ) بتاريخ ( ) بمشيئة الله.

بعد أن استوضح المريض من المعالج كنه وتفاصيل هذا الأسلوب قبل العلاج، والنتائج المحتملة له. وبرغبة وتعاون تام.

اسم المريض وتوقيعه **المعالج النفسي**

ملحق (3-ج)

استمارة المعلومات الخاصة بالمريض

الرقم:

التاريخ:

- الاسم:

العمر:

- الجنس: ( ) ذكر ( ) أنثى
- نوع الاضطراب:
- العنوان
- رقم الهاتف:
- المهنة:
- التحصيل الدراسي:
- الحالة الزوجية:
- هل سبق أن عولجت من هذا الاضطراب ؟ لا( ) نعم ( )

(أذكر المدة):

- مدة المعاناة من الأعراض الحالية:
- ما هو العلاج الذي سبق وأن استخدمته ؟
- هل تحسنت حالتك بعد العلاج ؟ نعم ( )، لا ( )
- هل هناك شخص في العائلة يعاني الأعراض نفسها التي تعاني منها ؟

نعم ( )، لا ( )أو حالة مرضية أخرى ؟ اذكرها.

- هل تزداد معاناتك المرضية عندما تكون بظروف نفسية صعبة؟

نعم ( )، لا ( ).

ملحق (3-د)

مقياس شدة المعاناة

أخي المراجع الكريم نرجو وضع إشارة (?) في الحقل الذي تراه يعبر عن درجـــة شدة المعاناة التي تجدها من الاضطرابات التي تشكو منها: ولك الشكر والتقدير،،،

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جدا
قبل الجلسة الأولى					

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جدا
قبل الجلسة الثانية			.		

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جدا
قبل الجلسة الثالثة					

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جدا
قبل الجلسة الرابعة					

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جدا
قبل الجلسة الخامسة					

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جدا
قبل الجلسة السادسة					

درجة المعاناة	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً
بعد نهاية العلاج					

التوقيع: الاسم: التاريخ:

ملحق (3-هـ)

مقياس تقدير التحسن

أخي المراجع الكريم نرجو وضع إشارة (?) في الحقل الذي تراه يعبر عن درجة التحسن الذي تجده من خلال البرنامج العلاجي الذي تتلقاه. مع التقدير ،،

درجة التحسن	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام
قبل بداية العلاج					

درجة التحسن	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام
بعد الجلسة الأولى					

درجة التحسن	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام
بعد الجلسة الثانية					

درجة التحسن	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام
بعد الجلسة الثالثة					

درجة التحسن	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام
بعد الجلسة الرابعة					

درجة التحسن	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام
بعد الجلسة الخامسة					

درجة التحسن	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام
بعد الجلسة السادسة					

درجة التحسن	لا يوجد	طفيف	واضح	كبير	تام
بعد نهاية العلاج					

التوقيع: الاسم: التاريخ:

ملحق (3-و)

استمارة متابعة المريض

أ- الاسم: ب - الجنس:

ج- نوع الاضطراب:

تقدير المريض لدرجة المعاناة بعد العلاج	لا توجد	طفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً

د - تقدير المريض لمعاناته قبل كل جلسة علاجية والتحسن بعدها على النحو الآتي:

رقم الجلسة	درجة المعاناة قبل الجلسة	درجة التحسن بعد الجلسة	التاريخ	الملاحظات
7				
8				
9				
10				
11				
12				

هـ ـ نسخة من استمارة الاتفاق بين الباحث والمريض.

و ـ استمارة المعلومات الخاصة بالمريض.

اسم وتوقيع المريض: التاريخ:

ملحق (4)

مقياس الاضطرابات التحولية

أخي المراجع الكريم نرجو قراءة هذه الفقرات بعناية ووضع إشارة (?) تحت أحد البديلين (نعم) أو (لا) والذي يعبر عن موقفك بدقة أمام كل فقرة. مع التقدير ،،

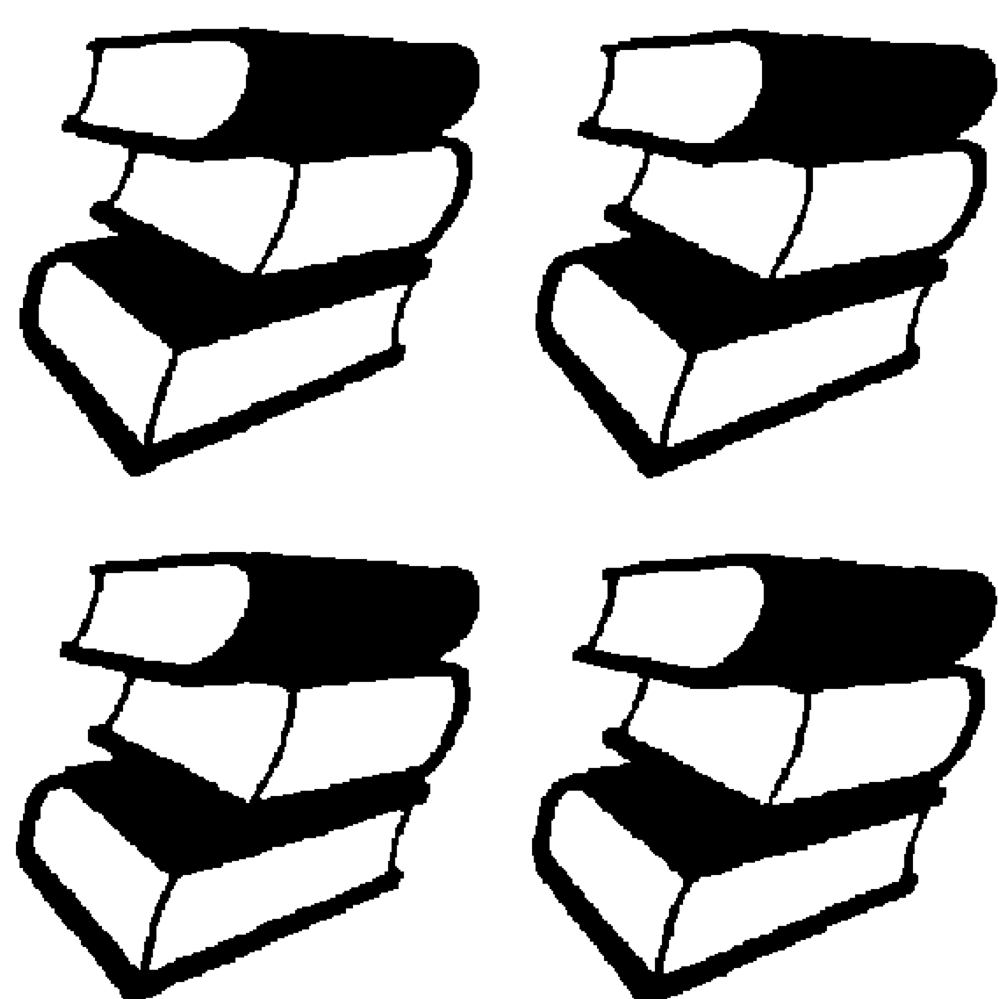
ت	الفقرات	نعم	لا
1	أشعر كأن شيئاً يقف في حلقي (أشعر بغصة) معظم الوقت.		
2	أعاني من نوبات الغثيان والتقيؤ.		
3	أجد صعوبة في أن أركز ذهني في عمل أو مهمة.		
4	نومي مضطرب وقلق.		
5	أشعر في معظم الأوقات بآلام في رأسي كله.		
6	أشعر بحرارة تعم جسمي فجأة من دون أي سبب ظاهر كل أسبوع أو أقل.		
7	أشعر بالحزن في معظم الأوقات.		
8	أنا قلق بشأن الأمور الجنسية.		
9	غالباً ما ألاحظ أن يدَي ترتجفان عندما أحاول أن أقوم بعمل ما.		
10	أشعر بضعف عام في معظم الأوقات.		
11	تمر بي أوقات من عدم الاستقرار بحيث لا أستطيع أن أبقى طويلاً في مقعدي.		
12	أستطيع أن أبقي صلتي بأولئك الذين تصدر منهم أفعال أعدها خطأً.		
13	شهيتي للطعام جيدة.		
14	أستيقظ في معظم الأيام نشطاً ومرتاحاً.		
15	أحب أن اقرأ مقالات الجرائد المتعلقة بالجرائم.		
16	يداي وقدماي دافئتان بما فيه الكفاية عادة.		
17	حياتي اليومية مليئة بالأشياء التي تبقيني مهتماً بها.		
18	قدرتي على العمل لم تتغير تقريباً عما كانت عليه من قبل.		
19	أستمتع بالقصص البوليسية.		
20	عندما أكون في مأزق، أشعر انه من الأفضل لي بالتأكيد أن لا أتكلم.		

ت	الفقـــــــــــــــرات	نعم	لا
21	أشعر أحياناً برغبة في السب.		
22	صحتي الجسمية جيدة كصحة معظم أصدقائي.		
23	لا تنتابني في الغالب أية آلام في قلبي أو في صدري.		
24	أعتقد أن كثيراً من الناس يبالغون في تصوير سوء حظهم كي ينالوا عطف الآخرين ومساعدتهم.		
25	إقناع معظم الناس بالصواب يتطلب مجهوداً كبيراً.		
26	أعتقد النائم معظم الناس يكذبون في سبيل التقدم على غيرهم.		
27	لا أعاني من تقلصات العـضلات المفاجئة حتى ولو قليلاً.		
28	أنا سعيد أغلب الأوقات.		
29	بعض الناس يصل حبهم للسيطرة لدرجة أشعر معها برغبة في أن أعمل عكس ما يطلبون حتى مع معرفتي بأنهم على حق.		
30	معظم الناس يستخدمون وسائل ملتوية للحصول على كسب أو منفعة بدلاً من أن يتركوا الفرصة تضيع عليهم.		
31	لا تزعجني ولا ترعبني رؤية الدم.		
32	لا أستطيع أن أفهم في أغلب الأحيان سبباً لغضبي أو نقمتي على الحياة.		
33	عادة ما أتساءل عن الأسباب الخفية التي تدفع الآخرين إلى أن يتصرفوا بلطف معي.		
34	أعتقد أن حياتي المنزلية تعادل من حيث السعادة حياة معظم الناس الآخرين الذين أعرفهم.		
35	التقاليد المحيطة بي تحدد سلوكي إلى حد كبير.		
36	فقدت الكثير من الفرص لأنني لم أستطع أن أبت في الأمور بصورة قاطعة.		
37	كانت صحتي خلال السنوات القليلة الماضية جيدة على وجه العموم.		
38	لم أشعر أبداً في حياتي بأنني أحسن مما أنا عليه الآن.		
39	لا أقبل أن يستغلني أحد من دون أن أعترف بذلك.		
40	لا أتعب بسرعة.		

ت	الفقرات	نعم	لا
41	لا يهمني ما يظنه الآخرون بي.		
42	كثيراً ما أضطر إلى أن أبذل مجهوداً كبيراً لأخفي عاطفتي.		
43	لم يحدث لي أبداً أن أغمي علي.		
44	قليلاً ما أصاب بدوخة.		
45	أجد صعوبة في التحدث مع الناس إذا كانت معرفتي بهم حديثة.		
46	أستطيع القراءة مدة طويلة من دون أن تتعب عيناي.		
47	قليلاً ما أصاب بالصداع.		
48	أتمنى لو لم أكن خجولاً إلى هذا الحد.		
49	أتجنب الشقوق الموجودة بين الأحجار، في أثناء المشي على رصيف الشارع.		
50	لم يحدث لي أبداً أن شعرت بشدة خفقان قلبي أو أصبت بضيق في التنفس.		
51	أغضب بسهولة ولكن سرعان ما أعود إلى حالتي الطبيعية.		
52	لا أشكو من الآلام إلا قليلاً جداً.		
53	من الأسلم ألا يثق الإنسان بأحد.		
54	أجد صعوبة في التفكير في موضوعات مناسبة للحديث، عندما أكون في وسط مجموعة من الناس.		
55	لم يضعف نظري عما كان عليه قبل عدة سنوات.		
56	لا أبدأ الناس عادة بالحديث ما لم يبدؤوني هم بذلك.		

التوقيع: الاسم: التاريخ:

المصادر
References



أ) المصادر العربية:

1. القرآن الكريم.

2. موسوعة الحديث النبوي الشريف (قرص ليزري) (1991-1996): الإصدار (1،2)، شركة صخر لبرامج الحاسب.

3. إبراهيم، ريكان (1986): الرحام (الهستيريا). شركة الثورة العربية للطباعة المحدودة، بغداد.

4. إبراهيم، ريكان (1989): مقدمة في الباراسايكولوجي. ط2، بغداد.

5. إبراهيم، عبد الستار (1987): أسس علم النفس. دار المريخ للنشر، الرياض.

6. إبراهيم، عبد الستار (1994):العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث.دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.

7. أبو الشامات، محمد رجائي (1955): التنويم المغناطيسي. الجامعة السورية، كلية التربية، دمشق.

8. أبو النيل، محمود السيد (1984): الأمراض السيكوسوماتية. مكتبة الخانجي، القاهرة.

9. أبوعيطة، سهام (1985): تقرير عن مؤتمر جمعية علم النفس الأمريكية الثاني والتسعون. المجلة التربوية، العدد الربع، المجلد الثاني، كلية التربية، جامعة الكويت، الكويت.

10. الأزيرجاوي، مصطفى زامل (1974): التنويم المغناطيسي تاريخه والعلاج به. مطبعة القضاء، النجف.

11. أسعد، ميخائيل إبراهيم (1987): المرشد في العلاج النفسي. دار الآفاق الجديدة، بيروت.

12. أوستراندر، شيلا و شرودر، لين (1981): علم نفس الحاسة السادسة. الطبعة الثانية، دار الطليعة، بيروت.

13. ايفانوف، يو. م. (1995): الإنسان والروح. ترجمة عاطف أبو جمرة وفايز البرشة، الطبعة الأولى، دار الطليعة الجديدة، دمشق.

14. بليفير، غاي ليون (1990): التداوي بالتنويم المغناطيسي. ترجمة عيسى سمعان، دار الحوار للنشر والتوزيع، اللاذقية.

15. تايلور، جون ج (1985): عقول المستقبل. ترجمة لطفي فطيم، عالم المعرفة، الكويت.

16. ثالبورن، مايكل أي (1993): معجم المصطلحات المستعملة في الباراسايكولوجي. ترجمة سلمان العبيدي، مركز البحوث النفسية، بغداد.

17. جابر، جابر عبد الحميد و كاظم، أحمد خيري (1973): مناهج البحث في التربية وعلم النفس. دار النهضة العربية، القاهرة.

18. الجبوري، علي محمود كاظم (1994): الرحام التحويلي لدى طلبة الجامعة قياسه وانتشاره. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة بغداد. بغداد.

19. الجلبي، شاكر (1964): معجزات التنويم المغناطيسي. الطبعة الأولى، مطبعة أسعد، بغداد.

20. الجمعية النفسية اليمنية (1994): لائحة مزاولة المهن النفسية. مجلة الصحة النفسية، العدد العاشر/ الحادي عشر، مؤسسة 14 أكتوبر للطباعة والنشر، عدن.

21. جهشان، جميل (1983): أضواء على خفايا التنويم. المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.

22. جونجسما، أرثر.ي و بيترسون، ل. مارك (1997) : خطة العلاج النفسي. ترجمة عادل دمرداش، مراجعة لطفي فطيم، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

23. الجوهري، عبد الحميد (1988): الشفاء بالتنويم المغناطيسي والطاقة الروحية. الشركة العالمية للكتاب، بيروت.

24. الحجار، محمد حمدي (1990): فن العلاج في الطب النفسي السلوكي. دار العلم للملايين، بيروت.

25. حسين، جمال نصار و فتوحي، لؤي (1995): الباراسيكولوجيا بين المطرقة والسندان. دار الطليعة، بيروت.

26. الحفني، عبد المنعم (1995أ) موسوعة الطب النفسي. ج1، ط2، مكتبة مدبولي، القاهرة.

27. الحفني، عبد المنعم (1995ب) موسوعة الطب النفسي. ج2، ط2، مكتبة مدبولي، القاهرة.

28. حيدر، محمد عبد الهادي (1992): عالم الأرواح. الطبعة الثانية، دار العلم للملايين، بيروت.

29. الخامري، عبد الحافظ سيف غانم مرشد (1994): التنويم الإيحائي والباراسايكولوجي. بحث مقدم إلى مركز البحوث النفسية (الباراسايكولوجي)، بغداد.

30. الخامري، عبد الحافظ سيف غانم مرشد (1996): التوافق النفسي لذوي قدرات الإدراك فوق الحسي. رسالة ماجستير في الباراسايكولوجي غير منشورة، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية، بغداد.

31. الخفاجي، شاكر (1970): كيف تكون منوماً مغناطيسياً ناجحاً ؟ بصورة علمية وعملية. الطبعة الرابعة، مطبعة النجاح، بغداد.

32. خليل، عمر بن الخطاب (ب.ت): علم النفس العلاجي. كلية الأداب، جامعة المنيا، المنيا.

33. دار الرشيد (1988): عجائب التنويم المغناطيسي. دار الرشيد، دمشق.

34. دافيدوف، لندا. ل (1988): مدخل علم النفس. ط 3، ترجمة سيد الطواب ومحمود عمر ونجيب خزام، الدار الدولية للتوزيع والنشر، القاهرة.

35. الدباغ، فخري (1974): أصول الطب النفساني. دار الطليعة، بيروت.

36. الدباغ، فخري (1980): العلاج النفسي أنواعه أساليبه مدارسه. الموسوعة الصغيرة، دار الجاحظ للنشر، بغداد.

37. دمرداش، عادل (1997): ملحق التشخيصات والمصطلحات. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة. في جونجسما، أرثر.ي و بيترسون، ل. مارك (1997): خطة العلاج النفسي.

38. دويدار ،عبد الفتاح محمد (1994): في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي. دار النهضة العربية، بيروت.

39. الرفاعي، نعيم (1981): الصحة النفسية: دراسة في سايكولوجية التكيف. ط5، جامعة دمشق، دمشق.

40. رو، امبرواز و كريبنر، ستانلي و سولفان، جيرالد (1993): العلم وقدرات الإنسان النفسية. ترجمة وجيه أسعد، دار البشائر للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق.

41. روث، وبرشر، إدوارد (1992): الولادة بالتنويم الإيحائي. إعداد حامد القيسي، مجلة الباراسايكولوجي والحياة، العدد الخامس، مركز البحوث النفسية، بغداد.

42. روجنوف وروجنوفا (1996): التنويم المغناطيسي منذ أقدم العصور حتى الآن أساليبه، تطبيقاته، آفاقه. ترجمة نزار عيون السود، الطبعة الأولى، دار يعرب للدراسات والنشر والتوزيع، دمشق.

43. رويحة، أمين (1987): التنويم المغناطيسي، التداوي بالإيحاء الروحي/I. مكتبة النهضة، بغداد.

44. ريزل، ميلان (1988): تدريب الإدراك الحسي الفائق. ترجمة إقبال أيوب، وزارة الثقافة والإعلام دائرة الإعلام الداخلي، بغداد.

45. زهران، حامد عبد السلام (1978) : الصحة النفسية والعلاج النفسي. عالم الكتب، القاهرة.

46. الزوبعي، عبد الجليل ابراهيم والغنام محمد احمد(1981): مناهج البحث في التربية. ج1، جامعة بغداد، بغداد.

47. زيعور، علي (1980): مذاهب علم النفس. ط3، دار الأندلس للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت.

48. سبع، عدنان جمعة (1986): التنويم المغناطيسي. المكتبة الوطنية. بغداد.

49. ستور، أنطوني (1991): فن العلاج النفسي. ترجمة: لطفي فطيم، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

50. سعيد، محمود (ب.ت): التنويم المغناطيسي وسلوك الإنسان. دار التربية للطباعة والنشر والتوزيع، بغداد.

51. سلامة، ممدوحة (1991): الإرشاد النفسي: منظور إنمائي. ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

52. شاهين، عمر والرخاوي، يحي (1965): مبادئ الأمراض النفسية. مكتبة النصر الحديثة، القاهرة، في الجبوري، علي محمود، مصدر سابق.

53. شرتوك (1992): التنويم المغنطيسي. ترجمة وجيه أسعد، الطبعة الثانية، دار البشائر، دمشق.صادق، عادل (1990): في بيتنا مريض نفسي. الطبعة الثانية، الدار العربية للموسوعات، بيروت.

54. الشياع، محمد طاهر (1942): أسرار التنويم المغنطيسي. مطبعة الصباح، بغداد.

55. شيرمان، هارولد (1970): حواسك الزائدة في خدمتك، ترجمة علي عبد الجليل راضي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

56. صالح، قاسم حسين (1988): الشخصية بين التنظير والقياس. مطبعة التعليم العالي والبحث العلمي، بغداد.

57. صالح، قاسم حسين (1998): اضطرابات الشخصية (أسبابها، أصنافها، قياسها، وطرائق علاجها). مصدر تحت الطبع، بغداد.

58. الصالحي، عادل عبد الرحمن صديق (1998): دراسة مقارنة بين طريقتي تطبيق اختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (التقليدية وباستعمال الحاسوب). رسالة ماجستير في علم النفس السريري غير منشورة، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية، بغداد.

59. صبري، غسان (1962): التنويم المغناطيسي وتطبيقاته السريرية في طب الأسنان.مطبعة الجمهورية، دمشق.

60. طه، فرج عبد القادر و كامل، عبد الفتاح مصطفى و أبو النيل، محمود السيد و قنديل، شاكر و عطية، محمد و عبد القادر، حسين (ب.ت) معجم علم النفس والتحليل النفسي). الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت.

61. الطوخي، عبد الفتاح السيد (1991): النجاح في علوم النفس والتنويم والأرواح. ج1، المكتبة الثقافية، بيروت.

62. عباس، فيصل (1983): إشكالات المعالجة النفسية. دار المسيرة، بيروت.

63. عبد الغفار، عبد السلام (1971): مقدمة في علم النفس العام. الناشر دار النهضة العربية، القاهرة.

64. عكاشة، أحمد (1984): الطب النفسي المعاصر. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

65. عمارة، الزين عباس (1999): التنويم المغناطيسي. مجلة الطب النفسي، مستشفى الطب النفسي الجديد، وزارة الصحة، أبو ظبي.

66. عنايت، راجي (1987): معجزات العلاج. الطبعة الثانية، دار الشروق، القاهرة.

67. العوادي، قاسم هادي (1992): العصاب. دار الشؤون الثقافية العامة، بغداد.

68. العيسوي، عبد الرحمن محمد (1992): علم النفس الإكلينيكي. الدار الجامعية، بيروت.

69. غالب، مصطفى (1981): التنويم المغناطيسي. الطبعة الثالثة، مكتبة الهلال، بيروت.

70. فتحي، محمد (1983): علم النفس الجنائي علماً وعملاً. الجـــزء الرابـــع، مكتبـــة الأنجلـــو المصرية، القاهرة.

71. فرويد، سيجموند و بروير، جوزيف (ب.ت): الهيستيريا دراسة سيكولوجية في علم النفـــس. ترجمة فارس ظاهر، منشورات دارومكتبة الهلال، بيروت.

72. فرويد، سيجموند(1981): التحليل النفسي للهستيريا (حالة الآنســـة دورا). ترجمـــة جـــورج طرابيشي، دار الطليعة، بيروت.

73. فهمي، مصطفى (1987): الصحة النفسية: دراسات في سيكولوجية التكيف. مطبعة الخانجي، القاهرة.

74. فينخل، أوتو (1969): نظرية التحليل النفسي في العصاب. ترجمة صلاح مخيمـــر وعبـــده ميخائيل، ج1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

75. قمحية، حسان أحمد و إسمير، عمار و معصراني، محمد معتز (1993): الطب النفســـي. دار النابغة بحمص و دار المعاجم، دمشق.

76. كمال، علي (1983): النفس: انفعالاتها وأمراضها وعلاجـــها. ط2، دار واســـط للدراســـات والنشر والتوزيع، الدار العربية، بغداد.

77. كمال، علي (1988): النفس: انفعالاتها وأمراضها وعلاجـــها. ط4، دار واســـط للدراســـات والنشر والتوزيع، بغداد.

78. كمال، علي (1990): أبواب العقل الموصدة (باب النوم وباب الأحلام). الطبعة الثانيـــة. دار واسط، بغداد.

79. كوبيلان، راشيل (1991): غير مجرى حياتك مع التنويم المغناطيسي. ترجمة لجنة الترجمـــة والتأليف بدار الرشيد، الطبعة الأولى، دار الرشيد، دمشق.

80. لجنة التأليف والترجمة (ب.ت): التنويم المغناطيسي. دار كرم بدمشق، دمشق.

81. لولو، أسعد (1992): التنويم المغنطيسي. دار جروس بروس، بيروت.

82. مارتي، بيار و فان، م و دوميزان، م و دافيد، س و النابلسي، محمد (1990): بسيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية. سلسلة الثقافة النفسية الثالثة، دار النهضة العربية، بيروت.

83. ماكلير، بيتر (1982): انشطار الذهن. تعريب حلمي نجم، دار الرشيد للنشر، بغداد.

84. مايرز، آن (1990): علم النفس التجريبي. ترجمة، خليل ابراهيم البياتي، جامعة بغداد. بغداد.

85. المدني، سليمان (1996): فن العلاج بالتنويم المغناطيسي. دار الأنوار، دمشق.

86. مندورلا، جاك (1991): المغناطيسية. ترجمة دار الفاضل، دار الفاضل، دمشق.

87. الموسوعة العربية العالمية (1996): باب العين. مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر والتوزيع، الرياض.

88. النابلسي، محمد احمد (1998): القوى الإدراكية. الثقافة النفسية، العدد الرابع والثلاثون، دار النهضة العربية، بيروت.

89. هوفمان، أنايد (1988): تطوير المهارات النفسية. ترجمة فوزية ناجي الدفاعي، سلسلة كتاب الباراسايكولوجي، الدار الوطنية للنشر والتوزيع والإعلان، بغداد.

90. ويلسون، دونالد (1993): كيف تتغلب على متاعبك النفسية بدون طبيب. تعريب محمد حمدي الحجار، طلاس للدراسات والترجمة والنشر، دمشق.

91. ياسين، عطوف محمود (1981): قضايا نقدية في علم النفس المعاصر. الطبعة الأولى، مؤسسة نوفل، بيروت.

92. يعقوب، سعيد (1994): الهيستريا دراسة في أليات التلاؤم النفسي. مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر. دمشق.

ب) المصادر الأجنبية:

93. Alexander-PJ; Joseph-S; Das-A (1997): Limited utility of ICD-10 and DSM-IV classification of dissociative and conversion disorders in India. Acta-Psychiatr-Scand. Mar; 95(3), India.

94. AL-Kubaisy-TF (1990): Clinician-Accompanied Exposure and Self-Exposure in Phobia Reduction: a Controlled Study. A thesis for the Degree of Doctor in Psychiatry, Faculty of Medicine, London University, London.

95. Alman-B & Carney-R (1980): Consequences of direct and indirect Suggestion on success of Posthypnotic behavior. American Journal of Clinical Hypnosis, 23, USA.

96. Apple-DF (1989): Hysterical spinal paralysis. Paraplegia. 1989 Dec; 27(6).

97. Archer-W (1889): Masks or Faces? Longmans-Green & Co. New York. In Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

98. Ashton-C Jr; Whitworth-GC; Seldomridge-JA; Shapiro-PA; Weinberg-AD; Michler-RE; Smith-CR; Rose-EA; Fisher-S; Oz-MC (1997): : Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery. A prospective-randomized trial. J-Cardiovasc-Surg-Torino. 1997 Feb; 38(1) , New York, USA.

99. Atkinson-Rita; L-Atkinson-R; Smith-E;Bem-D & Hilgard-ER (1990): Introduction to psychology. tenth editoin , Harcourt Brace Jurnovich, Inc, USA.

100. Aydin-S; Ercan-M; Caskurlu-T; Tasci-AI; Karaman-I; Odabas-O; Yilmaz-Y; Agargun-MY; Kara-H; Sevin-G (1997): Acupuncture and hypnotic suggestions in the treatment of non-organic male sexual dysfunction. Scand-J-Urol-Nephrol. Jun; 31(3), SWEDEN.

101. Bandler-R & Grinder-J (1975): The structure of magic: Vol. 1, Palo Alto, Science and Behavior Books.

102. Bandura-A & Walters-R H (1963): Social learning and personality development. Holt, Rinehart and Winston, New York.

103. Barber- TX (1958): Hypnosis as Perceptual-Cognitive Restructuring: Post-Hypnotic Behavior. Journal of Clinical & Experimental Hypnosis, 6, New York.

104. Barber-J(1997): The mysterious persistence of hypnotic analgesia. Int-J-Clin-Exp-Hypn. 1998 Jan; 46(1), Seattle, USA.

105. Barber-TX & Calverliy (1963): Hypnotic-Like Suggestibility in Cheldren & Adults. Journal of Abnormal and Social Psychology 66.

106. Barber-TX & De Moor-W (1972): A theory of Hypnotic induction Procedures. American Journal of Clinical Hypnosis, 15.

107. Barber-TX & Ham-MW (1974): Hypnotic Phenomena. General Learning press, New Jersey.

108. Barber-TX (1958): The concept of hypnosis. Journal of psychology. 45. New York. In Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

111. Barber-TX (1965): Measuring Hypnotic-like Suggestibility with and without Hypnotic Induction, Psychometric properties, norms, and variables influencing response to the Barber Suggestibility Scale (BSS). Psychological Reports, 16. In Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

112. Barber-TX (1969): Hypnosis: A scientific approach. Van Nostrand, New York.

113. Barber-TX; Spanos-N;P & Chaves-JF (1974): Hypnosis Imagination, and Human Potentialities. Bergamon Press, New York.

114. Beloff-J (1974): New Directions in Parapsychology. Paul Eleck, London .

115. Beloff-J (1976): Parapsychology and its Neihbors. Philosophical dimentions of Parapsychology, U S A.

116. Bemporad-JR; Ratey-JO; Driscoll-G; Daehler-ML (1988): Hysteria, Anorexia and the Culture of Self-Denial. Psychiatry, 51 (1), Boston.

117. Bibby; Trembath-MF (1995): Case report: dystonia. Image-J-Nurs-Sch. 1995 Spring; 27(1), Chicago, USA.

118. Binzer-M; Eisemann-M (1998): Childhood experiences and personality traits in patients with motor conversion symptoms. Acta-Psychiatr-Scand. 1998 Oct; 98(4), DENMARK.

119. Binzer-M; Eisemann-M; Kullgren-G (1998): Illness behavior in the acute phase of motor disability in neurological disease and in conversion disorder: a comparative study. J-Psychosom-Res. 1998 Jun; 44(6), Sweden.

120. Bowman-ES; Markand-ON (1999): The contribution of life events to pseudoseizure occurrence in adults. Bull-Menninger-Clin. 1999 Winter; 63(1), UNITED-STATES.

121. Brazier-DK; Venning-HE (1997): Conversion disorders in adolescents: a practical approach to rehabilitation. Br-J-Rheumatol. May; 36(5), Nottingham.

122. Brett-A (1997): Myeloneuropathy from whipped cream bulbs presenting as conversion disorder. Aust, N-Z-J-Psychiatry. 1997 Feb; 31(1), Australia.

123. Brown-DP & Fromm-E (1986): Hypnotherapy and Hypnoanalysis. Hillsdale Nj: Erlbaum.

124. Brown-H & McInnes-D (1986): Hypnosis and its effects on Pain control) British Dental Journal 161 (6), UK.

125. Brown-JD (1986): Evaluations of self and others: Self-Enhancement biases in social judgments. Social Cognition, 4.

126. Buchser-E (1999): [Hypnosis and self-hypnosis administered and taught by nurses for relief of chronic pain: a controlled clinical trial]. Forsch-Komplementarmed. 1999 Feb; 6 Suppl 1, SWITZERLAND.

127. Cardena-E; Alarcon-A; Capafons-A; Bayot-A (1998): Effects on suggestibility of a new method of active-alert hypnosis: alert hand. Int-J-Clin-Exp-Hypn. 1998 Jul; 46(3), UNITED-STATES.

128. Chaves-JF & Barber-TX (1970): Hypnotic Procedures and Surgery: A critical analysis with applications to acupuncture analgesia. The American Journal of Clinical controlled movement by selective exposure during rearing, Journal of Comparative and physiological psychology 73,USA.

129. Chaves-JF (1997): The state of the "state" debate in hypnosis: a view from the cognitive-behavioral perspective Int-J-Clin-Exp-Hypn. Jul; 45(3), UNITED-STATES.

130. Clarke-JH (1996): Teaching clinical hypnosis in U.S. and Canadian dental schools. Am-J-Clin-Hypn. 1996 Oct; 39(2), Portland, USA.

131. Coe-WC & Sarbin-TR (1977): Hypnosis from the standpoint of a contextualist. Annals Of The New York Academy Of Sciences, 296.

132. Colarusso-CA & Nemivoff-RA (1981): Adult Development. Plenum press, New York.

133. Culbert-TP; Kajander-RL; Kohen-DP; Reaney-JB (1996): Hypnobehavioral approaches for school-age children with dysphagia and food aversion: a case series. J-Dev-Behav-Pediatr. 1996 Oct; 17(5), USA.

134. Cybulska-EM (1998): Globus hystericus or depressivus? Hosp-Med. 1998 Aug; 59(8), ENGLAND.

135. Dahlstrom-WG; Welsh-G S & Dahlstrom-L E (1972): An MMPI Hand Book. Vol.1 The University of Minnesota, USA.

136. Damaser-EC (1964): An Experimental study of long term posthypnotic suggestion. Unpublished doctoral dissertation, Harvard University, in Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

137. DeBenedittis-G; Panerai-AA; Villamira-MA (1989): Effects of hypnotic analgesia and hypnotizability on experimental ischemic pain. Int-J-Clin-Exp-Hypn. 1989 Jan; 37(1).

138. DeGirolamo-G & Reich-GH (1993): Personality disorders.Geneva: World Health Organization. Geneva.

139. DeGroot-JM; Rodin-G; Olmsted-MP (1995): Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. Compr-Psychiatry. 1995 Jan-Feb; 36(1), Ontario, Canada.

140. DePascalis-V; Marucci-FS; Penna-PM (1989): 40-Hz EEG asymmetry during recall of emotional events in waking and hypnosis: differences between low and high hypnotizables. Int-J-Psychophysiol. 1989 Mar; 7(1), Rome.

141. DePascalis-V; Ray-WJ; Tranquillo-I; D'Amico-D (1998): EEG activity and heart rate during recall of emotional events in hypnosis: relationships with hypnotizability and suggestibility. Int-J-Psychophysiol. 1998 Aug; 29(3), Rome, Italy.

142. Dinges-DF; Whitehouse-WG; Orne-EC; Bloom-PB; Carlin-MM; Bauer-NK; Gillen-KA; Shapiro-BS; Ohene-Frempong-K; Dampier-C; Orne-MT (1997): Self-hypnosis training as an adjunctive treatment in the management of pain associated with sickle cell disease. Int-J-Clin-Exp-Hypn. Oct; 45(4), UNITED-STATES.

143. Dolan-Y (1991): Resolving sexual abuse: Solution-Focused therapy and Hypnosis For adult survivors. W.W Norton, New York.

144. Donohue-B; Thevenin-DM; Runyon-MK (1997): Behavioral treatment of conversion disorder in adolescence. A case example of Globus Hystericus. Behav-Modif. 1997 Apr; 21(2), USA.

145. DSM-III-American Psychiatric Association (APA), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition Washington.

146. DSM-IV-American Psychiatric Association (APA), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Washington.

147. Edelson-J; Fitzpatrick-JL (1989): A comparison of cognitive-behavioral and hypnotic treatments of chronic pain. J-Clin-Psychol. 1989 Mar; 45(2), Colorado.

148. Ekehammar-B (1974): Interactionism in modren Personality from A historical Perspective. Psychological Bulletin. In Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

149. Elkins-GR; Hammond-DC (1998): Standards of training in clinical hypnosis: preparing professionals for the 21st century. Am-J-Clin-Hypn. 1998 Jul; 41(1), UNITED-STATES.

150. Elman-D (1964): Explorations in Hypnosis. Nash Los Angles.

151. Enqvist-B; Bjorklund-C; Engman-M; Jakobsson-J (1997): Preoperative hypnosis reduces postoperative vomiting after surgery of the breasts. A prospective, randomized and blinded study. Acta-Anaesthesiol-Scand. 1997 Sep; 41(8), DENMARK.

152. Erickson-MH & Rossi-E (1979):Hypnotherapy: An exploratory casebook, Irvington, New York.

153. Erickson-MH & Rossi-EG(1980): The Collected Works of Milton Erickson (Vol. 1-IV), Irvington, New York.

154. Erickson-MH (1952): Deep Hypnosis and its induction. L le Cron (Ed.), Experimental Hypnosis. Macmillan, New York. In Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

155. Evangelista-Anita (1991): Dictionary of Hypnotism. Greenwood press, New York.

156. Eysenck-HJ (1964): Experiments In Behavior Therapy Pegiamon press, Oxford, UK.

157. Fantino-E & Reyholds-G (1975): Behavior therapy and Neuroses. Pergamon Press, Oxford.

158. Fantino-E and Reyholds-G (1975): Introduction to contemporary psychology. W H Preeman L , SanFrancisco.

159. Farthing-GW; Venturino-M; Brown-SW; Lazar-J D (1997): Internal and external distraction in the control of cold-pressor pain as a function of hypnotizability. Int-J-Clin-Exp-Hypn. Oct; 45(4), UNITED-STATES.

160. Faymonville-ME; Defechereux-T; Joris-J; Adant-JP; Hamoir-E; Meurisse-M (1998); [Hypnosis and its application in surgery]. Rev-Med-Liege. 1998 Jul; 53(7), BELGIUM.

161. Foong-J; Lucas-PA; Ron-MA (1997): Interrogative suggestibility in patients with conversion disorders. J-Psychosom-Res. Sep; 43(3), London.

162. Fordon-IE (1963): Personality and behavior. Macmillan co, Newyork.

163. Frankel-F H & Orne-M T (1976): Hypnotizability and Phobic behavior. Archives of General Psychiatry, 33.

164. Freud-S (1933\1965): Revision of the theory of dreams. New Introductory Lectures on Psychoanalysis, Vol. 22, Lect. 29, Norton, New York.

165. Gfeller-JD (1993): Enhancing Hypnotizability and Treatment, D.C: American psychological Association, Washington.

166. Gilligan-SG (1987): Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian therapy . Brunner/Mazel, New York.

167. Gill-MM & Brenman-M (1961): Hypnosis and Related states. International Universities press New York. In Hilgard (1977): Divided Consciousness.

168. Gill-MM (1972): Hypnosis as an altered and regressed state. The International Journal of Clinical and Experiential Hypnosis, 20.

169. Godlmann-L; Ogg-TW; Levey-AB (1988): Hypnosis and Daycase anaesthesia. A Study to Reduce Pre-operative anxiety and intra-operative anaesthesic Requirements. Anaesthesia, 43 (6), Cambridge.

170. Golan-HP (1989): Temporomandibular joint disease treated with hypnosis. Am-J-Clin-Hypn. 1989 Apr; 31(4), USA.

171. Goldenthal-MH (1985): Childhood Development and Personality Functioning of the Psychic (Parapsychology, Hypnosis, Multiple). University College of arts and Sciences , Clinical Psychology , New York.

172. Goncalves-O (1994): From epistemological truth to external meaning in cognitive narrative therapy Journal of Constructivist psychology, 7.

173. Gordon-IE (1963): Personality and behavior. Macmilan co, New York.

174. Gould-RC; Krynicki-VE (1989): Comparative effectiveness of hypnotherapy on different psychological symptoms. Am-J-Clin-Hypn. 1989 Oct; 32(2), USA.

175. Gysin-T (1999): [Clinical hypnotherapy/self-hypnosis for unspecified. chronic and episodic headache without migraine and other defined headaches in children and adolescents]. Forsch-Komplementarmed. 1999 Feb; 6 Suppl 1. SWITZERLAND.

176. Gysin-T; Ziegler-C (1994): Clinical hypnosis therapy/self hypnosis for aspecific and episodic headache or migraine and other defined types of headaches in children and adolescents. Schweiz-Med-Wochenschr-Suppl.

177. Haley-J (1967): Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton H Erickson, New York.

178. Harvey-RF; Hinton-RA; Gunary-RM; Barry-RE (1989): Individual and group hypnotherapy in treatment of refractory irritable bowel syndrome. Lancet. 1989 Feb 25; 1(8635), Bristol.

179. Hebb-DO (1982): Understanding Psychological man: A state of the science report. Psychology Today, 16.

180. Hilgard-ER & Hilgard-JR (1965): The Experience of Hypnosis. A Harbinger Book, Harcout, Brace & World, Inc. New York.

181. Hilgard-ER & Tart-CT (1966): Responsiveness to Suggestions following Waking and Imagination Instructions and following induction of hypnosis. Journal of Abnormal psychology, 71.

182. Hilgard-ER (1962): Lawfulness within Hypnotic Phenomena. Harper & Row, New York. In Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

183. Hilgard-ER (1964): The motivational relevance of Hypnosis. University of Nebraska press.

184. Hilgard-ER (1965) Hypnotic Susceptibility. Harcourt, Brace, New York.

185. Hilgard-ER (1965a): Hypnotic susceptibility. Harcourt, Brace & World, New York. In Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

186. Hilgard-ER (1965b): Hypnosis. Annual Review of Psychology, 16, New York.

187. Hilgard-ER (1967): Individual differences Hypnotizability. Macmillan, New York.

188. Hilgard-ER (1969): Altered states of Awareness. Journal of Nervous and Mental Disease, 149.

189. Hilgard-ER (1971): Is Hypnosis state, trait, neither? Paper presented at the 79th Conference of the American Psychological Association, Washington.

190. Hilgard-ER (1973): The domain of Hypnosis: With some comments on alternative paradigms. American Psychologist. 23.

191. Hilgard-ER (1974): Neodissociation theory in relation to the concept of state. Paper presented at 26th meeting of The Society for Clinical and Experimental Hypnosis, Montreal. Canada.

192. Hilgard-ER (1975): Hypnosis. Annual Review of psychology. In Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

193. Hilgard-ER (1977): Divided Consciousness Multiple Controls in Human Thought and Action. A Wiley-Interscience Publication, New York.

194. Hilgard-ER; Hilgard-JR; MaCdonald-H; Morgan-AH & Johnson-LS(1978): Covert pain in hypnotic analgesia: Its reality as tested by the real simulator design. Journal Of Abnormal Psychology, 87.

195. Hilgard-JR & LeBaron-S (1984): Hypnotherapy of pain in Children with Cancer, Los Altos, CA: kaufmann.

196. Hilgard-JR (1970): Personality and Hypnosis: A Study of imaginative involvement. Chicago: University of Chicago press.

197. Hill-MA (1961): the Concept of Ego and schools of Psychoanalysis, 42 (7).

198. Hollender-MH (1980): Conversion hysteria: a post-Freudian reinterpretation of 19th century Psychosocial data. Arch. Gen. Psychiatry, 26.

199. Horevitz-RP (1985):Clinical Mastery of Hypnosis. Accession Number: D266361, USA.

200. Hrezo-RJ (1999): Hypnosis: an alternative in pain management for nurse practitioners. Nurse-Pract-Forum. 1998 Dec; 9(4), USA.

201. James-FR; Large-RG; Beale-IL (1989): Self-hypnosis in chronic pain. A multiple baseline study of five highly hypnotisable subjects. Clin-J-Pain. 1989 Jun; 5(2), New Zealand.

202. James-W (1958): The varieties of religious experience. New American library, New York.

203. Jasiukaitis-P; Nouriani-B; Hugdahl-K; Spiegel-D (1997): Relateralizing hypnosis: or, have we been barking up the wrong hemisphere? Int-J-Clin-Exp-Hypn. 1997 Apr; 45(2), USA.

204. Jean-G (1978): Psychotherapies Medicales . Tone, I. Ed. Masson Paris.

205. Johnson-DL (1997): Weight loss for women: studies of smokers and nonsmokers using hypnosis and multicomponent treatments with and without overt aversion. Psychol-Rep. 1997 Jun; 80(3 Pt 1), UNITED-STATES.

206. Johnson-DL; Karkut-RT (1996): Participation in multicomponent hypnosis treatment programs for women's weight loss with and without overt aversion. Psychol-Rep. 1996 Oct; 79(2).

207. Kahn-S (1945): Suggestion and Hypnosis Made Practical. Meador press, Boston.

208. Karlin-RA (1997): Illusory safeguards: legitimizing distortion in recall with guidelines for forensic hypnosis--two case reports. Int-J-Clin-Exp-Hypn. 1997 Jan; 45(1), UNITED-STATES.

209. Karlin-RA (1997): Illusory safeguards: legitimizing distortion in recall with guidelines for forensic hypnosis--two case reports. Int-J-Clin-Exp-Hypn. 1997 Jan; 45(1), USA.

210. Kelemen-P; Vertes-G (1997): [The use of hypnosis in stomatology]. Fogorv, Sz. 1997 Apr; 90(4), HUNGARY.

211. Kiernan-BD; Dane-JR; Phillips-LH; Price-DD (1995): Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. Pain. 1995 Jan; 60(1), USA.

212. Kihlstrom-JF (1985): Hypnosis. Annual Review of psychology, 36.

213. Kirsch-I & Lynn-SJ (1995): The altered state of Hypnosis: changes in the theoretical landscape. American Psychologist, 50, USA.

214. Kirsch-I (1994): Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo: empirically derived techniques. Am-J-Clin-Hypn. 1994 Oct; 37(2), USA.

215. Kirsch-I (1997): Suggestibility or hypnosis: what do our scales really measure? Int-J-Clin-Exp-Hypn. 1997 Jul; 45(3), UNITED-STATES.

216. Kleinmuntz-B (1980): Essentials of Abnormal Psychology. San Francisco.

217. Knox-VJ; Crutchfield-L & Hilgard-ER (1973): The nature of task interference in hypnotic dissociation. Stanford University, No. 136.

218. Knox-VJ; Crutchheld-L & Hilgard-ER (1975): The nature of task interference in hypnotic dissociation: An investigation of hypnotic behavior, The International Journal of Clinical and Experiential Hypnosis, 23.

219. Knox-VJ; Morgan-AH & Hilgard-ER (1974): Pain and suffering in aschemia: The Paradox of Hypnotically suggested anesthesia as contratradicted by reports from the (hidden observer) Archives of General psychiatry, 30.

220. Kohen-DP (1997): Hypnotherapeutic management of pediatric and adolescent trichotillomania. J-Dev-Behav-Pediatr. 1996 Oct; 17(5), Minneapolis, USA.

221. Kohen-DP; Wynne-E (1997): Applying hypnosis in a preschool family asthma education program: uses of storytelling, imagery, and relaxation. Am-J-Clin-Hypn. 1997 Jan; 39(3), Minneapolis, USA.

222. Kransner-L (1971): Behavior Therapy, Review of Psychology. John Wiley and Sons, New York.

223. Kroger-W & Fezler-W (1976): Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning Lippincott, Philadelphia.

224. Kuhn-TS (1970): The structure of Scientific Revolution. University of Chicago press, Chicago.

225. Lankton-SR & Lankton-CH (1983): The answer Within: a clinical Framework of Ericksonian Hypnotherapy. Brunner/Mazel, New York.

226. Laurence-JR (1980): Duality and Dissociation in Hypnosis Unpublished Masters Thesis, Concordia University, Montreal.

227. Lewis-HR & Lewis-M E (1975): psychosomatics. Pinnacle Books, New York.

228. London-P & Fuhrer-M (1961): Hypnosis, motivations, and performance. Journal of personality, 29. In Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

229. London-P; Conant-M & Davison GC (1966): More Hypnosis in the unhypnotizable: Effects of Hypnosis and exhortation on rot learning. Journal of Personality, 34.

230. Ludwig-AM (1966): Altered States of Consciousness. Archives of General psychiatry, 15, [في حسين وفتوحي (1995)مصدر سابق].

231. Ludwig-IM (1969): Altered states of consciousness. Wiley New York.

232. Lynn-SJ; Neufeld-V & Mare-C (1993): Direct Versus indirect Suggestions: a conceptual and Methodological Review. The International Journal of Clinical and Experiential Hypnosis, XLI.

233. Magonet-A philip (1970): Introduction to Psychotherapy by Hypnosis. Butter Worth & Co. LTD, London.

234. Magonet-A philip (1972): Practical Hypnotism. Calif Wilshire Book Co. North Hollywood.

235. Maquet-P; Faymonville-ME; Degueldre-C; Delfiore-G; Franck-G; Luxen-A; Lamy-M (1999): Functional neuroanatomy of hypnotic state. Biol-Psychiatry. 1999 Feb 1; 45(3), UNITED-STATES.

236. Martin-S & Lipsky-MD (1986): Chronic Hiccups. Affiliation{Mercy Hospital Family Practice Program, Toledo, Journal AFP, Vol. 34, 5 , Ohio.

237. Maslach-C; Marshall-G & Zimbordo-PG (1972): Hypnotic Control of Peripheral Skin Temperature: A Case Report. Journal of psychophysiology, 9 (6).

238. Mason-AA & Black-S (1958): Allergic Skin Responses Abolished Under Treatment of Asthma and Ha
1, April, 26.

239. Mason-AA (1952): A Case of Congenital Ichthyosiform Erythrodermia of Brocq treated By Hypnosis British Medical Journal, 2.

240. Matthews-W & Isenberg-G (1992): Hypnotic inductions with deaf and hearing subjects: An initial comparison. The International Journal of Clinical and Experiential Hypnosis, XI, USA.

241. Matthews-W & Langdell-S (1989): What do clients think about the metaphors they receive?. American Journal of Clinical Hypnosis, USA.

242. Matthews-WA (1985): cybernetic model of Ericksonian Hypnotherapy: One hand draws the other, Brunner/Mazel, New York.

243. Matthews-WJ; Conti-J & Starr-L (1999): Ericksonian Hypnosis: A Review Of the Empirical Data. An International Journal of Sleep, Dream and Hypnosis, Vol.1, No,1, USA.

244. Mcconell-RA (1984): An introduction to Para-psychology in the Context of Science. Biological Science Department , University of Pittsburgh, USA.

245. McConkey-K (1984): The impact of indirect suggestion. The International Journal of Clinical and Experiential Hypnosis, 32, USA.

246. Meares-AA (1961): A working hypothesis as to the nature of Hypnosis. American Medical Association Archives of Neurology and Psychiatry, 77, USA.

247. Merskey-H (1986): the Importance of Hysteria . The British journal of psychiatry , vol 149 pp.23-28.

248. Meyer-HK; Diehl-BJ; Ulrich-PT; Meinig-G (1989): [Changes in regional cortical blood flow in hypnosis]. Z-Psychosom-Med-Psychoanal. 1989; 35(1).

249. Miller-E (1988): Defining Hysterical Symptoms. Journal of Psychological Medicine, Vol.18.

250. Millon & Millon (1974): Abnormal behavior and personality abiosocial learning approach-WB; saunders company.

251. Moore-LE; Wiesner-SL (1996): Hypnotically-induced vasodilation in the treatment of repetitive strain injuries. Am-J-Clin-Hypn. 1996 Oct; 39(2), Oakland, California, USA.

252. Morrison-RL & Bellack-AS (1987): Medical Factors and psychological Disorders: A Handbook for Psychologists. Plenum Press, New York.

253. Moskowitz-E (1996): In the courts. Hastings, Cent, Rep. 1996 Jan-Feb; 26(1).

254. Moss-BF; Magaro-PA (1989): Personality types and hetero- versus auto-hypnosis. J-Pers-Soc-Psychol. 1989 Sep; 57(3), Ohio.

255. Moss-S (1965): Hypnosis in Perspective. The Macmillan Company, New York.

256. Murphy-AI; Lehrer-PM; Karlin-R; Swartzman-L; Hochron-S; McCann-B (1989): Hypnotic susceptibility and its relationship to outcome in the behavioral treatment of asthma: some preliminary data. Psychol-Rep. 1989 Oct; 65(2).

257. Muyangwa-MM (1998): Hysteria and academic performance. Percept-Mot-Skills. 1998 Jun; 86 (3 Pt 2), Umtata, Republic of South Africa.

258. Nagy-TF (1995): Incest memories recalled in hypnosis--a case study: a brief communication. Int-J-Clin-Exp-Hypn. 1995 Apr; 43(2), USA.

259. Nimgaonkar-SL; Mehta-M; Bhargava-M (1989): A clinical analysis of hysteria and psychalgia. Indian-Pediatr. 1989 Mar; 26(3), India.

260. Ohrbach-R; Patterson-DR; Carrougher-G; Gibran-N (1998): Hypnosis after an adverse response to opioids in an ICU burn patient. Clin-J-Pain. 1998 Jun; 14(2), UNITED-STATES.

261. Olness-K (1989): Hypnotherapy: a cyberphysiologic strategy in pain management. Pediatr-Clin-North-Am. 1989 Aug; 36(4), Ohio.

262. Orne-MT & Dinges-DF (1989): Hypnosis. In: Kaplan-HL Comprehensive textbook of psychiatry. 5th ed. Williams & Wilkins, Baltimore.

263. Orne-MT & Hammer AG (1974): Hypnosis Encyclopedia Britannica, William Benton Chicago.

264. Orne-MT (1954): Die Leistungs Fahigheit in Hypnose und im Wackzustand. Psychologische Rundschau, 5. in Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

265. Orne-MT (1959): The nature of hypnosis: Artifact and essence. Journal of Abnormal and Social Psychology,58 In Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

266. Orne-MT (1962): On the social psychology of the psychological experiment: With particular reference to demand characteristics and their implications. American Psychologist 17.

267. Orne-MT (1965): Psychological factors maximizing resistance to stress: With special reference to hypnosis. The free press New York.

268. Orne-MT (1966): Hypnosis, motivation, and compliance. American Journal of psychiatry, 122.

269. Orne-MT (1969): Demand characteristics and the concept of quasi-controls. Academic press, New York.

270. Orne-MT (1972): On the simulating subject as a quasi-control group in hypnosis research: What, why, and how? Aldine-Atherton , Illinois, Chicago.

271. Orne-MT (1973):Communication by the total experimental situation: Why it important, how it is evaluated, and its significance for the ecological validity of findings. Academic press New York.

272. Orne-MT (1974): On the Concept of Hypnotic depth. Paper presented at the 18th international Conference of A Applied Psychology, Montreal, Canada.

273. Patterson-DR; Ptacek-JT (1997): Baseline pain as a moderator of hypnotic analgesia for burn injury treatment. J-Consult-Clin-Psychol. 1997 Feb; 65(1), UNITED-STATES.

274. Pualuan-D E; Gomberoff-L; Gomberoff-M (1998): Disguised hysteria in a child psychosis? Am-J-Psychother. 1998 Winter; 52(1), Santiago.

275. Ready-DJ; Bothwell-RK; Brigham-JC (1997): The effects of hypnosis, context reinstatement, and anxiety on eyewitness memory. Int-J-Clin-Exp-Hypn. 1997 Jan; 45(1), UNITED-STATES.

276. Riegel-B; Warmoth-JE; Middaugh-SJ; Kee-WG; Nicholson-LC; Melton-DM; Parikh-DK; Rosenberg-JC (1995): Psychogenic cough treated with biofeedback and psychotherapy. A review and case report. Am-J-Phys-Med-Rehabil. 1995 Mar-Apr; 74(2), Carolina, Charleston, USA.

277. Rodolfa-ER; Kraft-WA; Reilley-RR (1985): Current trends in Hypnosis and hypnotherapy: an interdisciplinary assessment. American Journal of Clinical Hypnosis, 28, USA.

278. Rosatti-P (1989): [Pain and hypnosis]. Ther-Umsch. 1989 Aug; 46(8).

279. Rosenhan-D & London-P (1963): Hypnosis in the unhypnotizable: A study in rote learning. Journal of Experimental Psychology, 65 In Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

280. Ruch-JC; Morgan-IH & Hilgard-ER (1974): Measuring Hypnotic responsiveness: A comparison of the Barber Suggestibility Scale and the Stanford Hypnotic Susceptibility Scale. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 22.

281. Ruehle-BL; Zamansky-HS (1997): The experience of effortlessness in hypnosis: perceived or real?. Int-J-Clin-Exp-Hypn. 1997 Apr; 45(2), USA.

282. Rusinova-EV (1997): [The effect of "animal hypnosis" on the motor dominant created by the action of direct current on the cortex of the left hemisphere]. Zh-Vyssh-Nerv-Deiat-Im-I-P-Pavlova. 1997 Jan-Feb; 47(1).

283. Ruzyla; Smith-P; Barabasz-A; Barabasz-M; Warner-D (1995): Effects of hypnosis on the immune response: B-cells, T-cells, helper and suppressor cells. Am-J-Clin-Hypn. 1995 Oct; 38(2), USA.

284. Sandow-N (1986): The Relationship Between Hypnotizability, Creativity and PSI in the Ganzfeld (ESP,GESP,Telepathy). Experimental Psychology, New York.

285. Sarason-IG & Sarason-B.R. (1976): Abnormal Psychology. Englewood Cliffs, New Jersey.

286. Sarbin-TR & Juhasz-JB (1967): the historical background of the concept of hallucination. Journal of History of the Behavioral Science, 3.

287. Sarbin-TR (1950): Contributions to role-taking theory: Hypnotic behavior. Psychological Review. In Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

288. Schreiber-EH (1997): Use of group hypnosis to improve college students' achievement. Psychol-Rep. 1997 Apr; 80(2), New Jersey, USA.

289. Schreiber-EH; Schreiber-KN (1998): Use of hypnosis and Jacobson's relaxation techniques for improving academic

achievement of college students. Percept-Mot-Skills. 1998 Feb; 86(1), New Jersey.

290. Schulz-Stubner-S (1996): [Hypnosis--a side effect-free alternative to medical sedation in regional anesthesia]. Anaesthesist. 1996 Oct; 45(10).

291. Seikowski-K; Weber-B; Haustein-UF (1995): [Effect of hypnosis and autogenic training on acral circulation and coping with the illness in patients with progressive scleroderma]. Hautarzt. 1995 Feb; 46(2), Leipzig.

292. Shaffer-LF & Shoben-E J (1956): The Psychology of Adjustment. Frederic Shaffer, Houghton Mifflin Co. في الجبوري (1994): مصدر سابق

293. Shaposhnikov-A (1982) : Some Paranormal Properties of The Human Mind. Proceedings of the Therd Wourld Congres an Psychotronic Research , PSI Research , Vol (2).

294. Shaw-AJ; Welbury-RR (1996): The use of hypnosis in a sedation clinic for dental extractions in children: report of 20 cases. ASDC-J-Dent-Child. 1996 Nov-Dec; 63(6), Newcastle upon Tyne, Great Britain.

295. Sheehan-Peter-W & Perry-Campbell-W (1976): Methodologies of Hypnosis. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey.

296. Shell-MG; Mitchell-HL; Loes-MW; Belan-AP . (1997): Conversion disorder presenting in a patient with an implantable morphine pump and an epidural abscess resulting in paraplegia. Arch-Phys-Med-Rehabil, Feb; 78(2), USA.

297. Sherman-SJ & Lynn-SJ (1990): Social-psychological principles in Milton Erickson`s Psychotherapy. British Journal of Experiential and Clinical Hypnosis, 7, USA.

298. Shor-RE (1959): Hypnosis and the concept of the generalized reality-orientation. American Journal of Psychotherapy, 13, USA.

299. Slagle-CPT; Dodge-A; Usaf-M C (1997): Trichotillomania. U.S. Air Force Hospital Nellis, Nellis Air Force Base, Nevada, Wilford Hall U.S. Air Force Medical Center, Lackland Air Force Base, Texas, Journal AFP Vol. 43 No. 6, Nellis.

300. Slotnick-R & London-B (1965): Influence of instructions on hypnotic and non hypnotic performance. Journal of Abnormal Psychology, 70. In Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

301. Smith-MS &Womack-WM (1987): Stress management techniques in Childhood and Adolescence. Relaxation training, Meditation, Hypnosis, and Biofeedback: Appropriate Clinical Applications. Clin-Pediatr-phila. 1987 Nov, 26 (11).

302. Smith-MS; Womack-WM; Chen-AC (1989): Hypnotizability does not predict outcome of behavioral treatment in pediatric headache. Am-J-Clin-Hypn. 1989 Apr; 31(4), USA.

303. Sommers-Flanagan-J; Sommers-Flanagan-R (1996): The Wizard of Oz metaphor in hypnosis with treatment-resistant children. Am-J-Clin-Hypn. 1996 Oct; 39(2), Missoula, USA.

304. Spanos NP & Barber TX (1974): Toward a convergence in Hypnosis research. American Psychologist, 29.

305. Spanos-NP & Hewitt-EC (1980): The Hidden Observer in hypnotic Analgesia: Discovery or Experimental Creation?. Journal of personality and Social Psychology, 39.

306. Spanos-NP; Stenstrom-RJ; Johnston-JC (1988): Hypnosis, Placebo and Suggestion in the treatment of Warts. Psychosom-Med, 50 (3), Canada.

307. Spiegel-D; Moore-R (1997): Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. Oncology-Huntingt. Aug; 11(8), discussion, UNITED-STATES.

308. Spiegel-H Spiegel-D (1978): Trance and treatment: Clinical uses of Hypnosis, Basic Books, New York.

309. Spinhoven-P; Linssen-AC (1989): Education and self-hypnosis in the management of low back pain: a component analysis. Br-J-Clin-Psychol. 1989 May; 28 (Pt 2), UK.

310. Stanton-EH (1999): Hypnotic Relaxation and Insomnia: A Simple Solution? An International Journal of Sleep, Dream, and Hypnosis. Vol. 1 No 1. USA.

311. Stanton-HE (1989): Hypnosis and rational-emotive therapy--a de-stressing combination: a brief communication. Int-J-Clin-Exp-Hypn. 1989 Apr; 37(2).

312. Stanton-HE (1989): Hypnotic relaxation and the reduction of sleep onset insomnia. Int-J-Psychosom. 1989; 36(1-4).

313. Steggles-S; Maxwell-J; Lightfoot-NE; Damore-Petingola-S; Mayer-C (1997): Hypnosis and cancer: an annotated bibliography 1985-1995. Am-J-Clin-Hypn. 1997 Jan; 39(3), Sudbury, Canada.

314. Stephen-L & Zimbardo-P (1999): Event-related Potential Correlates of Suggested Hypnotic Amnesia. Journal of Sleep, Dream, and Hypnosis. Vol. 1 No 2. USA.

315. Stone-J & Lundy-RM (1985): Behavioral compliance with direct and indirect body movement suggestion. Journal of Abnormal psychology, 3.

316. Sutcher-H (1997): Hypnosis as adjunctive therapy for multiple sclerosis: a progress report. Am-J-Clin-Hypn. Apr; 39(4), UNITED-STATES.

317. Sutcliffe-JP (1961
phenomena: Experiments in esthesia, hallucination, and delusion. Journal of Abnormal and Social Psychology, 62.

318. Sutcliffe-JP (1972): After- imagines of real and imaged stimuli: Australian Journal of Psychology,24.

319. Sutcliffe-JP; Perry-CW & Sheehan-PW (1970): Relation of some aspects of imagery and fantasy to hypnotic susceptibility. Journal of Abnormal Psychology, 76.

320. Tan-SY; Leucht-CA (1997): Cognitive-behavioral therapy for clinical pain control: a 15-year update and its relationship to hypnosis. Int-J-Clin-Exp-Hypn. 1997 Oct; 45(4), California 91101, USA.

321. Tart-C (w.d): Hypnosis and the Concept of Reality- Orientation New York.

322. Tart-CT (1980): A Systems Approach to Altered States of Consciousness. Plenum Press New York.

323. Taylor-DC (1986): Hysteria, Belief, Magic. British Journal of Psychiatry, Vol.155, UK.

324. Thiel-A; Schussler-G (1995): [Obsessive-compulsive symptoms in structural ego defects--a study exemplified by anorexia and bulimia nervosa]. Z-Psychosom-Med-Psychoanal. 1995; 41(1).

325. Ullman-M & Dudek-S (1960): On the Psyche and Warts. II. 22 (1).

326. Ullmann-L & Leonard-I (1965): Case Studies in Behavior Modification. Rinehard and Winston Inc, New York.

327. Van-Dyck-R; Hoogduin-K (1989): Hypnosis and conversion disorders. Am-J-Psychother. 1989 Oct; 43(4), USA.

328. Van-Dyck-R; Spinhoven-P (1997): Does preference for type of treatment matter? A study of exposure in vivo with or without hypnosis in the treatment of panic disorder with agoraphobia. Behav-Modif. 1997 Apr; 21(2), Amsterdam.

329. Veith-I (1965): Hysteria: The history of a disease. University of Chicago press, Chicago.

330. Von-Plessen-K (1996): [Jean Martin Charcot and his controversial research on hysteria]. Tidsskr-Nor-Laegeforen. 1996 Dec 10; 116(30).

331. Wallen-RW (1956): Clinical Psychology: The Study of Persons. McGraw-hill, Co, Inc, New York.

332. Walling-DP; Baker-JM; Dott-SG (1998): Scope of hypnosis education in academia: results of a national survey. Int-J-Clin-Exp-Hypn. 1998 Apr; 46(2), USA.

333. Weitzenhoffer-AM & Hilgard-ER (1963): Stanford Hypnotic Susceptibility Scale. Consulting Psychologist press, USA.

334. Weitzenhoffer-AM (1964

evidence. Part II. American Journal of Clinical Hypnosis, 6.

335. Wessely-S (1987): Mass Hysteria: two Syndromes? Psychol-Med, 17 (1).

336. White-RW (1941):A preface to the theory of Hypnotism. Journal of Abnormal and social Psychology,36. In Sheehan & Perry (1976): Methodologies of Hypnosis.

337. WHO-World Health Organization (1988): The ICD-9 Classification of Mental and Behavioural Disorders.Geneva.

338. WHO-World Health Organization (1993): The Classification of Mental and Behavioural Disorders ICD-10.Geneva.

339. Wilson-J & Maron-AG (1988): Is Globus Hystericus. British Journal of Psychiatry, Vol. 153. UK.

340. Wilson-J and Maron-AG (1988): Is Globes Hysterics. The British Journal of psychiatry, vol. 153.

341. Wong-HK (1988): the Unseen tears of Children, A chines Boy Who vomited for 14 months. Journal of Canada Psychiatry Vol.33, Canada.

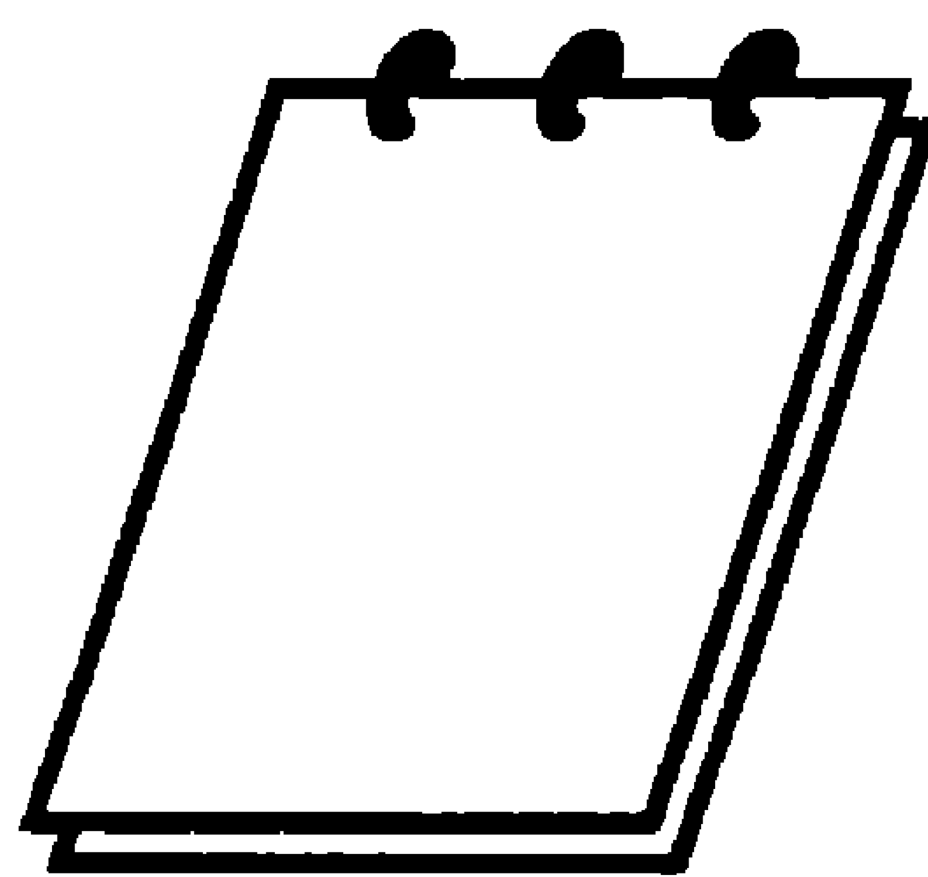
342. Woody-E; Farvolden-P (1998): Dissociation in hypnosis and frontal executive function. Am-J-Clin-Hypn. 1998 Jan; 40(3), Ontario, Canada.

343. Zachariae-R; Jorgensen-MM; Christensen-S; Bjerring-P (1997): Effects of relaxation on the delayed-type hypersensitivity (DTH) reaction to diphenylcyclopropenone (DCP). Allergy. 1997 Jul; 52(7), Denmark.

344. Zamansky-SH & Bartis-SP (1985): The Dissociation of an experience: The hidden observer observed. Journal Of Abnormal Psychology, 94.

345. Zeharia-A; Mukamel-M; Carel-C; Weitz-R; Danziger-Y; Mimouni-M (1999): Conversion reaction: management by the paediatrician. Eur-J-Pediatr. 1999 Feb; 158(2), GERMANY.

المحتويات
Indexs



ثبت المحتويات

ثبت الجداول

ثبت الأشكال

ثبت الملاحق

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة بغداد

كلية الآداب

قسم علم النفس

توصية بطباعة أطروحة دكتوراه

توصي لجنة مناقشة السيد / عبد الحافظ سيف غانم مرشد الخامري في أطروحته الموسومة " أثر العلاج بالتنويم الإيحائي في الاضطرابات التحولية " التي حصل فيها على تقدير " ممتاز " بطباعتها ونشرها؛ نظراً لرصانتها العلمية، وجدة موضوعها، والفائدة المتوخاة منها، لكونها أول أطروحة دكتوراه عربية في العلاج النفسي بالتنويم الإيحائي.

أستاذ الطب النفسي الدكتور

مظفر زهير القاسم

عضواً

الأستاذ الدكتور

وهيب مجيد الكبيسي

عضواً

الأستاذ الدكتور

خليل إبراهيم رسول

عضواً

الأستاذ المساعد الدكتورة

بثينة منصور الحلو

عضواً

أستاذ الطب النفسي الدكتور

طارق فحل الكبيسي

المشرف/عضواً

الأستاذ الدكتور

عبد العزيز إبراهيم البسام

رئيس اللجنة

هذا الكتاب

جاء بصيغته التي هو عليها مشوقاً للباحث الذي ينشد :

١- طريقة البحث العلمي الرصين.

٢- المعرفة العلمية في علم النفس.

٣- تحري حقائق العلاج بواسطة التنويم المغناطيسي.

٤- ليس هذا وحسب، بل أنه كتاب سيجد فيه القارئ العام متعة حقة، وسينفع منه بلا ريب، فهو كتاب الباحث المتخصص في علم النفس والطب النفسي، وللشخص الذي يروم الإطلاع على مرامي هذا الفرع من فروع المعرفة النفسية العلمية.

وإذا كان الإنسان يحاول أن يقدم أفضل ما لديه لمن يعزه،فليس ثمة شيء بيد الباحث العلمي يقدمه لأخيه الإنسان (المعالج النفسي، الطبيب، المرشد، الباحث،طالب الدراسات العليا والأولية، الأستاذ الجامعي، المعلم،المربي، المثقف.. الخ) أفضل من ثمرة جهد قضي ردحا من عمره في الإطلاع على ما كتب فيه هنا وهناك قديماً وحديثاً، وترجمة، واستخلاص تجاربه ن واكتساب خبراته عملياً لمدة عشر سنوات، يتوج ذلك كله بأول أطروحة دكتوراه في العلاج النفسي بالتنويم الإيحائي تتم مناقشتها وإقرارها في الوطن العربي.

الطبعة الأولى ٢٠٠٠م

يطلب هذا الكتاب من

مكتبة الآفاق للنشر والتوزيع

صنعاء شارع الوحدة (الدائري) أمام بوابة الجامعة القديمة هاتف (٢٧٧٨٠٢)

